

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

TÜRK YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİ DERNEĞİ YAYIN ORGANI
(JOURNAL OF THE CRITICAL CARE NURSES SOCIETY - TURKEY)



Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi Index Copernicus'da indekslenmektedir / *Indexed in Index Copernicus*

YIL (YEAR) 12 CİLT (VOLUME) 12 SAYI (NUMBER) 1-2

HAZİRAN - ARALIK (JUNE - DECEMBER) 2008



Bu dergideki yazıların dergi standartlarına uygunluğunun kontrolü, dizimi, İngilizce özetlerin ve kaynakların kontrolü ve düzeltilmesi, derginin yayına hazır hale getirilmesi ve baskısı EKİN Tıbbi Yayıncılık tarafından gerçekleştirilmiştir.



Bu dergide kullanılan kağıt ISO 9706: 1994 standardına uygundur (Requirements for Permanence).

Abonelik. Yıllık (2 sayı) abonelik ücreti 12.00.- YTL'dir. Aboneliğin işleme başlaması için, ücretin YBHD T.C. Ziraat Bankası Şehremini Şubesi (İstanbul) Şube kodu: 866, Hesap no: 45115767-5001 no'lu hesaba yatırılması ve banka makbuzunun, ad, soyad, adres, kurum, telefon ve faks numaralarıyla birlikte EKİN Tıbbi Yayıncılık adresine gönderilmesi ya da faksla iletilmesi gerekir. **Dağıtım.** Kargo tesliminin mümkün olduğu her bölgeye, dağıtım kargo ile yapılmaktadır. Abonelere kargo ile gönderilen dergilerin dağıtım ücretini abone ödeyecektir.

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

TÜRK YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİ DERNEĞİ YAYIN ORGANI
JOURNAL OF THE CRITICAL CARE NURSES SOCIETY

ALTI AYDA BİR YAYINLANIR / ISSUED TWO TIMES A YEAR

Cilt 12, Sayı 1-2, Haziran-Aralık 2008

ISSN 1302-0498

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

**Türk Yoğun Bakım Hemşireleri
Derneği Adına
Sahibi**

(Owner on behalf of the
Critical Care Nurses Society)

Meral Madenoğlu Kıvanç

Yazı İşleri Müdürü
(Publishing Manager)

Berin İnal Tunali

Web
www.ybhd.org.tr

Yönetim Yeri Adresi
(Corresponding Address)

KVK Amerikan Hastanesi
Güzelnar Sok., No: 20
34300 Nişantaşı, İstanbul
Telefon: 0212 - 414 20 00 / 33397
e-posta: info@ybhd.org.tr
Yayın Türü: Süreli Yayın

Yayıncı / Publisher

Ekin Tıbbi Yayıncılık,
Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,
Osmanağa Mah.
Nüzhet Efendi Sok. No: 49/3
34714 Kadıköy, İstanbul
Tel: 0216 - 337 70 73
Faks: 0216 - 345 71 30
e-posta: ekinegitim@superonline.com

Baskı: Metrix Matbaacılık, 0216 - 540 36 11

Baskı tarihi: Aralık 2008

Baskı adedi: 600

Editör (Editor)

Yasemin Akbal Ergün, Yrd. Doç. Dr.
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Bilimsel Danışma Kurulu (Scientific Review Board)

Neriman Akyolcu, Prof. Dr.
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Fatma Eti Aslan, Prof. Dr.
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Kamerya Babadağ, Prof. Dr.
İstanbul

Aysel Badır, Yrd. Doç. Dr.
Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul

Sevim Çelik, Yrd. Doç. Dr.
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu

Aklime Dicle, Yrd. Doç. Dr.
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

Zeynep Dörtbudak, Yrd. Doç. Dr.
Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul

Zehra Durna, Prof. Dr.
İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Yasemin Akbal Ergün, Yrd. Doç. Dr.
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Feray Gökdoğan, Prof. Dr.
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu, Bolu

Gülay Görak, Prof. Dr.
İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Ayfer Karadakovan, Prof. Dr.
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

Meral Madenoğlu Kıvanç, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu

Sevgi Oktay, Prof. Dr.
İstanbul

Nermin Olgun, Prof. Dr.
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Çaylan Pektekin, Prof. Dr.
İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Necmiye Sabuncu, Prof. Dr.
Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Özge Uzun, Doç. Dr.
İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu, Malatya

Suzan Yıldız, Prof. Dr.
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Birsen Yürügen, Prof. Dr.
Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

İÇİNDEKİLER

Editörden	v
Yazarlara Bilgi	vi

ARAŞTIRMA

Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi

Determining the burnout levels of intensive care nurses

Berna Dizer, Emine İyigün, Selim Kılıç.....1

Yoğun bakım hemşirelerinin hekim-hemşire iletişimi ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi

The determination of intensive care nurses' opinion about communication between doctors and nurses

Meral Madenoğlu Kıvanç, Selma Tepehan, Erdem Özkara, Atilla Senih Mayda, Nevzat Alkan12

Yoğun bakım ünitelerinde santral venöz kateterlerin özellikleri ve gelişen komplikasyonların incelenmesi

The investigation of characteristics and complications of central venous catheters in intensive care units

Rahşan Çam, Yelda Candan Dönmez, Fatma Demir.....17

DERLEME

Yoğun bakım hemşireliği ve zaman yönetimi

Intensive care nursing and time management

Derya Özcanlı, Seda İlgün23

Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar

Psychosocial problems in critical care patients

Özden Dedeli, Asiye Durmaz Akyol.....26

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri

Needs of family members of patients in intensive care unit

Berna Nilgün Özgürsoy, Asiye Durmaz Akyol33

DİZİN

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008 yılı 12. cilt konu, yazar ve atf dizini.....	39
---	----

EDİTÖRDEN

Değerli Okurlar,

Dergimize yayınlanmak üzere gelen yazıların azlığı nedeniyle, bu yıl basılması gereken derginin iki sayısını birleştirerek, yayımlamaya karar verdik.

Dergimizin bu sayısında, ilk çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin terminal dönemdeki hastalara hizmet vermeleri nedeniyle tükenmişlik yaşadıklarını, hemşirelerin sorun çözme , kritik düşünme ve karar verme gibi becerilerini rutin kliniklerde geliştirdikten sonra bu ünitelere atanması gerektiğini vurgulayan yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile ilgili araştırma yazısıdır. Yine yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hekim-hemşire iletişimiyle ilgili görüşlerini inceleyen, bu ünitelerde hastalara sağlanan yaşamsal desteğin başarısının ve hasta mortalite oranlarının düşmesinin büyük ölçüde hekimlerle hemşireler arasındaki karşılıklı iletişimin olumlu olmasına bağlı olduğunu belirten bir çalışma yer almaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde santral venöz kateterlerin özellikleri ve gelişen komplikasyonların önlenmesi bir diğer araştırma yazısı olarak dikkat çekmektedir. Yoğun bakım hastalarının psikososyal sorunları ile kriz yaşayan hasta ailelerinin gereksinimlerine karşı duyarlı olmanın, bütüncü yaklaşım sergilemenin ve bu ünitelerde etkin zaman yönetimi tekniklerini kullanmanın önemine değinen üç derleme yazısı bulunmaktadır. Bu çok değerli, bilimsel içeriği zengin araştırma ve derleme yazılarının sizlerin çalışmalarına yol göstereceği ve ufkunuzu genişleteceği inancını taşımaktayım.

Derneğimiz yoğun bakımla ilgili faaliyetlerde bulunan diğer derneklerle işbirliği yapmaya önem vermektedir. Bu bağlamda 27-29 Haziran 2008'de Zonguldak Karaelmas Üniversitesi tarafından düzenlenen I. Ulusal Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı Kongresi'ne, 17-21 Ekim 2008 tarihleri arasında Çeşme'de düzenlenen Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresi'ne dernek temsilcilerimiz katıldı. 19-22 Kasım 2008 tarihleri arasında Adana'da, 5. Ulusal Dahili Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi bünyesinde düzenlenen Yoğun Bakım Hemşireliği Kursuna dernek olarak katkı sağladık. Oturumlara çok sayıda yoğun bakım hemşiresi katılmıştır.

8-11 Ekim 2008 tarihleri arasında Avrupa Yoğun Bakım Hemşireleri Dernekleri Federasyonu'nun (EfCCNa) Floransa'da düzenlemiş olduğu 3. EfCCNa Kongresi'ne dernek olarak sözlü bildiri ile katıldık. Toplam 23 ülkeden 2022 yoğun bakım hemşiresinin katıldığı bu kongreye Türkiye'den 32 yoğun bakım hemşiresi ve öğretim üyesi katıldı. Ülkemiz yoğun bakım hemşireliğinin yurt dışında çok sayıda poster ve sözlü bildiri ile temsil edilmesinden onur duyduk. Bu durumdan cesaret alarak, 2014 yılında yapılması öngörülen 5. EfCCNa Kongresi'nin ülkemizde düzenlenmesi konusunda EfCCNa Temsilciler toplantısına teklif götürdük.

Ayrıca, Dünya Yoğun Bakım Hemşireleri Federasyonu'nun (WFCCN) 6. Kongresi, 28 Ağustos-1 Eylül 2009 tarihleri arasında Floransa'da yapılacaktır. Konuyla ilgili ayrıntılı bilgiye (www.wfsicc-florence2009.it) web adreslerinden ulaşabilirsiniz. Türk yoğun bakım hemşireliğinin uluslararası platformda bilimsel çalışmalarla temsil edilmesi olanağı sağlayacağı düşüncesiyle dergimizin bu sayısında Dünya Yoğun Bakım Hemşireleri Federasyonu'nun 6. Kongre duyurusuna yer verdik.

Siz değerli meslektaşlarımızın yazıları ve önerileri ile bize güç katacağınıza inancımız sonsuzdur.

Saygılarımla,

Yrd. Doç. Dr. Yasemin Akbal Ergün

YAZARLARA BİLGİ

KONU VE YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin yayın organıdır. Yılda iki sayı yayınlanır. Yazı dili Türkçe'dir. Ülke dışından gönderilen İngilizce yazılar yayınlanabilir.

Dergi, klinik ve deneysel araştırma makalelerini, olgu sunumlarını, kişisel klinik ve teknik deneyimleri içeren katkıları, çalışma sonuçlarını içeren kısa bildirimleri, yayın tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini (izinli), çevirileri (izinli), uzmanlık tezlerinin özet ve sonuç bölümlerini, konferans, kongre ve toplantılarda sunulmuş, ancak tamamı yayınlanmamış bildirimleri, editöre mektupları ve bilimsel toplantı duyurularını yayınlar.

Herhangi bir yazının yayınlanması, dergi ve Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin bu yazının görüşlerine katıldığı anlamına gelmez. Benzer şekilde, her tür ticari ürün veya hizmet tanıtım ve reklamın dergide yayınlanması, bu ürün veya hizmetlerin desteklenmediğini göstermez.

Yazıların bilimsel sorumluluğu yazar(lar)a aittir.

COPYRIGHT VE YAZILARIN TESLİMİ

Bir yazının dergide yayınlanabilmesi için daha önce başka bir yerde yayınlanmamış olması gerekir. Gönderilen yazı daha önce sözlü olarak sunulmuş ise, bu durum, sunulduğu yer ve tarihiyle birlikte yazının başlık sayfasında belirtilmelidir.

Dergi yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış makaleler, tüm yazarlar tarafından imzalanmış, aşağıda örneği verilen üst yazı ile birlikte derginin yazışma adresine ulaştırılmalıdır. Üst yazı örneği aşağıda verilmiştir:

"Aşağıda imzası olan yazar/yazarlar başlıklı makalenin ve ilgili şekillerin tüm telif haklarını makalenin dergiye gönderilmesinden itibaren *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi'*ne devreder/devrederler. Makalenin orijinal olduğunu, başvuru anında başka bir dergi tarafından değerlendirilme durumunda olmadığını ve daha önce yayınlanmadığını, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi'*nde yayınlandığı andan itibaren *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi'*nden izin almaksızın çalışmayı başka bir dilde ya da yerde yayınlamayacaklarını garanti eder/ederler. Makalenin son şekli yazar/tüm yazarlar tarafından okunmuş ve onaylanmıştır.

Yayınlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden alıntı yapmak ya da dergide yayınlanmış herhangi bir malzemeyi kullanmak isteyen tıbbi dergilerin ve kitapların yazılı izin alması ve dergiyi kaynak olarak belirtmesi gerekir.

YAZILARIN DEĞERLENDİRİLME SÜRECİ

Gönderilen yazı dergiye ulaştıktan sonra, makale hazırlanış şekli açısından bir ön incelemeye alınır. Yazı teslim koşullarının yetersiz bulunması halinde,

yazının Danışma Kurulu incelemesine sunulmadan önce yazar(lar)dan bazı düzeltmelerin yapılması istenir. Şekil açısından uygun bulunan makaleler hakem değerlendirmesine sunulur. Hakemlerin değerlendirme sonucu yazara gönderilir. Kabul edilen yazıların dizgi aşamasında, yazılar editöryel düzeltmeye tabi tutulur. Editörler yazı biçiminde değişiklikler yapmak, yazarından izin alarak kısaltma yapmak yetkisine sahiptir. Yazılar, yayınlanmadan önce dergide görünür haliyle yazara ya da sorumlu yazara gönderilir ve onayı alınır.

YAZILARIN HAZIRLANMASI

Yazıların Türk Dil Kurumu'nun yazım kılavuzuna uygun olarak hazırlanması, dilimize yerleşmiş yabancı terimlerin Türkçe yazım kurallarına göre kullanılması gerekir.

Yazılar standart A4 beyaz kağıda iki satır aralıklı olarak yazılmış şekilde iki örnek halinde ve bilgisayar disketiyle (PC-Windows ya da MAC) birlikte teslim edilmelidir. Grafik, fotoğraf ve şekiller de iki örnek olmalıdır. Sayfa kenarlarında 2.5 cm boşluk bırakılmalı ve her bir sayfa başlık sayfasından itibaren numaralandırılmalıdır. Başlık sayfası dışında, metnin basılı olduğu sayfalarda yazar adı kullanılmamalıdır. Araştırma, çalışma ve derlemeler 15 (kaynaklar, şekil ve tablo sayfaları dahil) sayfayı aşmamalıdır.

YAZININ ORGANİZASYONU

Yazılar her biri ayrı sayfada başlayacak şekilde başlık sayfası, özet, metin, teşekkür, kaynaklar, tablolar ve şekiller bölümlerini içerir.

Başlık sayfası: Başlık sayfasında sırasıyla yazının başlığı, yazarların açık ad ve soyadları, ünvanları, çalıştığı ya da araştırmanın yapıldığı kurumlar, yazışma yapılacak yazarın adresi, telefon, faksı, varsa e-posta adresi, varsa çalışmanın daha önce sunulmuş olduğu kongre bulunur. Birçok indeksleme sistemleri başlık ifadelerine dayandığından başlık dikkatle seçilmeli ve makale içeriğini en iyi şekilde yansıtmalıdır.

Özet: Amacı okuyuculara ve özet içeren tarama sistemlerine kolaylık sağlamaktır. Bu nedenle özet metni Türkçe ve İngilizce olarak ve özenle hazırlanmalıdır. İngilizce özetin başına makalenin İngilizce başlığının eklenmesi unutulmamalıdır. Her iki dildeki özet de 250 sözcük sınırını aşmamalıdır. Her türlü çalışma özetleri aşağıdaki dört başlıklandırma kullanılarak hazırlanmalıdır: Amaç (Objectives), Çalışma planı (Study Design), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Olgu ve derleme özetleri başlıklandırma olmaksızın tek bir paragraf halinde hazırlanmalıdır.

Metin: Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma bölümlerinden oluşur. İnceleme yazılarında bu başlıklandırma zorunlu değildir.

Giriş bölümü konuyu birkaç cümleyle tanımlamalı ve okuyucuya konu üzerinde yapılan en yeni çalışmalarını tanıtmalıdır.

Gereç ve Yöntem bölümünde olgular üzerine açık ve kısa tanımlar sunulmalı; kullanılan araç ve yöntemler belirtmelidir. Başvurulan istatistiksel analiz yöntem(ler)i de bildirilmelidir.

Bulgular bölümü çalışmanın sonuçlarını vermelidir. Veriler mümkün olduğunca net, tercihen tablo ya da şekil içinde sunulmalıdır. Tabloların çok hacimli olmasından ve dergi sayfa sınırlarını aşmasından kaçınılmalıdır.

Tartışma bölümünde bulgulardan çıkarılan sonuçlar ele alınmalı; bulgular yalnızca ilişkili literatür ışığında tartışılmalıdır.

İnceleme ve derleme yazılarında başlıklandırma ve bölümler yazarın uygun gördüğü şekilde yapılabilir.

KAYNAKLAR

Kaynakların doğru ve tam yazılmasının sorumluluğu yazar(lar)a aittir. Kaynak yazımında “*Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*” (Ann Intern Med 1997;126:36-47) adlı kılavuzun en son güncellenmiş şekline uyulmalıdır. Kaynaklar ayrı bir sayfaya çift satır aralıklı yazılmalı ve yazıda gösterildiği sıraya göre numaralandırılmalıdır. Yalnızca yayınlanmış ya da yayınlanması kabul edilmiş çalışmalar kaynak olarak bildirilebilir. Kongre bildirileri için basılı kaynak gösterilmesi zorunludur. Dergi adları *Index Medicus*'a uygun şekilde kısaltılmadır. Altı ya da daha az sayıda olduğunda tüm yazarlar verilmeli, altıdan fazla yazar durumunda, altıncı yazarın arkasından “et al.” ya da “ve ark.” eklenmelidir. Kaynakların dizilme şekli ve noktalamalar için aşağıdaki örneklere uyulmalıdır:

Dergi:

Simko LC, Walker JH. Preoperative antioxidant and allopurinol therapy for reducing reperfusion-induced injury in patients undergoing cardiothoracic surgery. Crit Care Nurse 1996;16:69-73.

Kitap:

Chung EK. Pocket guide to ECG diagnosis. 1st ed. Cambridge: Blakwell Science; 1996.

Kitaptan bölüm:

Alexander RW, Pratt CM, Roberts R. Diagnosis and management of patients with acute myocardial infarction. In: Alexander RW, Schlant RC, Fuster V, editors. Hurst's the heart. 9th ed. St. Louis: McGraw Hill; 1998. p. 1345-8.

Dergide yayınlanacak çalışmalarda kullanılacak literatürlerin doğru yazımının kontrolü açısından, yazı değerlendirilmesinin her bir aşamasında yazar(lar)dan belirli literatürlerin ilk ve son sayfa fotokopileri istenebilir. Bu istek yazar(lar)ca karşılanana kadar yazımın yayınlanması bekletilir.

TABLO VE ŞEKİLLER

Resim ve çizimlerin orijinal olmaları gerekir. Başka bir yayın içinde kullanılmış bulunan şekil ve grafiklerin dergide yayınlanabilmesi için, yazarlar dergiye yazı gönderiminden önce gerekli izni almalı ve izin alındığını gösteren belgeyi yazıyla birlikte dergiye göndermelidir.

Yazı içinde kullanılan tüm fotoğraf, grafik ve elle çizilen şekiller “Şekil” olarak adlandırılır. Resimler parlak fotoğraf kağıdına net olarak basılmalıdır. Orijinali siyah-beyaz olan fotoğrafların renkli filme çekilip basılmasından kaçınılmalıdır.

Kişinin kimliğinin anlaşılabilmesi için, hastanın ya da kanuni temsilcisinin imzalı onayı gönderilen yazıya eklenmeli; aksi halde sözkonusu kişi ya da kişilerin isimleri ya da gözleri bantla kapatılmalıdır.

Yazılarda fotoğrafların renkli yayınlanmasını isteyen yazarlardan maliyete katılmaları ve dia göndermeleri istenebilir.

Şekil ve grafikler beyaz kuşe kağıda çizilmeli, sıra ile numaralanmalı ve ayrı kağıtlarda gönderilmelidir.

Resimlerin arkasında yazar adı belirtilmemeli; yazı adı, şekil numarası ve şeklin üst kenarını gösteren bir ok bulunan bir etiket yapılandırılmalıdır.

Tablo, şekil ve grafiklerin yazıda nerede geçtiği belirtilmelidir. Tablo başlıkları dışında, şekil altyazılarının tümü ayrı bir sayfaya birlikte yazılmalı ve metne eklenmelidir. Tablo başlıkları anlaşılır şekilde ve tablonun üzerine yazılmalıdır. Tablolardaki veriler yazı içinde ya da şekillerde tekrarlanmamalıdır.

BİLGİLENDİREREK ONAY ALMA / ETİK

İnsanlar üzerinde yapılan çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedür(lerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösteren bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma sözkonusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve kurumdan aldıkları Etik Komitesi onayını göndermelidir.

Yazılar, şekil ve resimler dahil üç takım halinde aşağıdaki adrese gönderilmelidir:

Ekin Tıbbi Yayıncılık

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

Osmanağa Mah. Nüzhet Efendi Sok. Yonca Apt. No: 29/3
34714 Kadıköy, İstanbul.

Tel: 0216 - 337 70 73 Faks: 0216 - 345 71 30

e-posta: ekin@ekintibbiyayincilik.com.tr

GEREKENLERİN KONTROLÜ

- (i) Yazı ve şekiller üç kopya, bilgisayar disketi ile birlikte gönderilecek. (ii) Yazımın bütün bölümleri iki satır aralıklı basılacak. (iii) İngilizce ve Türkçe özetler eklenecek. (iv) Bir yazarın tam adresi, telefon, faks numaraları, varsa e-posta adresi bildirilecek. (v) Tüm yazarlarca imzalanmış bir açıklama eklenecek.



FLORENCE 2009

10th CONGRESS WFSICCM

(WORLD FEDERATION OF SOCIETIES OF INTENSIVE AND CRITICAL CARE MEDICINE)

63rd CONGRESS SIAARTI

(ITALIAN SOCIETY OF ANAESTHESIA ANALGESIA, RESUSCITATION AND INTENSIVE CARE MEDICINE)

6th ANNUAL CONGRESS WFCCN

(WORLD FEDERATION OF CRITICAL CARE NURSES)

Florence, 28th August - 1st September 2009

We are pleased to inform you that the Congress official website is online.
For more information about Topics and Registration please click on the following link

www.wfsiccm-florence2009.it

Key Congressi S.r.l
Organising Secretariat of the
10th Congress WFSICCM
63th Congress SIAARTI
Piazza della Borsa, 7
34121 Trieste, Italy
Tel: +39 040 660352 Fax: +39 040 660353
e-mail: florence2009@keycongressi.it

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi

Determining the Burnout Levels of Intensive Care Nurses

Berna DİZER, Emine İYİGÜN, Selim KILIÇ

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12(1-2):1-11

Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

Çalışma planı: Çalışma, 84 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Bağımlı değişken olarak tükenmişlik, bağımsız değişkenler olarak yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, öğrenim, çalışma yılı ve çalışma şekli araştırılmıştır. Veriler kişisel bilgi formu ve Maslach tükenmişlik ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda YBÜ'lerde görev yapan hemşirelerin %20.2'sinin mesleklerini istemeyerek seçmesi dikkat çekmektedir. Buna rağmen, hemşirelerin %53.6'sı mesleki geleceği olumlu değerlendirmektedir. Evli ve çocuk sahibi olan hemşirelerde kişisel başarı puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin tükenmişlik puanlarının çalıştıkları kliniklere göre dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları kliniklerle tükenmişliğin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.001$). Duygusal tükenme için en yüksek puanı acil dahiliye YBÜ, duyarsızlaşma için en yüksek puanı genel cerrahi YBÜ, kişisel başarı için en yüksek puanı beyin cerrahi YBÜ'nün aldığı saptanmıştır.

Sonuç: Hemşirelerin mesleğin ilk yıllarında yoğun bakım gerektirmeyen kliniklerde görev almasının tükenmişliği azaltmada etkin olacağı değerlendirilmektedir. Hemşirelerin performans değerlendirmesi sonucunda başarılı olanların ödüllendirilmesinin, mesleki gelişim için eğitim faaliyetlerinin yanında bilimsel araştırmalara katılımının sağlanmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yoğun bakım; tükenmişlik; Maslach tükenmişlik ölçeği.

Objectives: We aimed to determine the burnout levels of the nurses in intensive care units (ICU) and to examine the factors affecting these.

Methods: Eighty four nurses participated in the study. Burnout was used as dependent variable; and age, marital status, having a child, educational status, working years and kind of working were used as independent ones. Data was obtained using the identification form and Maslach's Burnout Inventory.

Results: It was found that 20.2% of the nurses had chosen their jobs involuntarily. However, 53.6% of them thought about their jobs' future positively. The personal success scores of the nurses who were married and had children, were found high. In the analysis of the burnout scores of the nurses according to their clinics, there was significant difference between the subgroups of the burn out situation and the clinics of those nurses ($p<0.001$). The nurses at emergency internal medicine ICU had the highest score for the emotional burnout; the nurses at general surgery ICU had the highest score for the insensibility; the nurses at brain surgery ICU had the highest score for the personal success.

Conclusion: It is determined that the nurses should not work in clinics that do not require intensive care in the earlier years of their jobs to decrease the level of burnout. Moreover, according to the performance assessments of the nurses, the successful ones should be gifted, and they should be involved in both research and educational activities at hospitals.

Key Words: Intensive care; burnout; Maslach's Burnout Inventory.

Tükenmişlik, iş yaşamında yoğun baskı sonucu gelişebilen fiziksel ve duygusal bir çöküntü halidir.

(i) Duygusal tükenme, (ii) duyarsızlaşma, (iii) kişisel başarı eksikliği gibi üç başlıkta incelenebilir. Duygusal tükenmede, birey kendini yorgun, duygusal yönden yıpranmış hissederken, kişisel başarı eksikliğinde; birey kendini çalıştığı iş ile ilgili olarak olumsuz değerlendirir ve kendini başarısız hisseder. Duyarsızlaşma da ise birey, kendini çalıştığı kişilere olumsuz ve alaycı bir tutum geliştirir. Bireyde tükenmişlik, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarının azalması ile ortaya çıkmaktadır.^[1,3]

Yapılan araştırmalarda, yoğun bakım (YB) hemşirelerinin diğer servislerde çalışan hemşirelere oranla daha fazla tükendikleri saptanmıştır. Bunun nedeni olarak, YB hemşirelerinin prognozu ağır, terminal dönemdeki hastalarla çalışmaları gösterilmiştir.^[4-6] Hemşirelerin yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olmaları, öğrenim durumu, çalışma yılları, çalışma saatleri, nöbet ve vardiya sistemi ile çalışmaları, mesleği istemeden seçme, ekip içi iletişimin, tükenmişlik düzeylerini etkileyebileceği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir.^[2,7,8]

Bu çalışmanın amacı; yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Tükenmişlik düzeyini etkileyen sosyodemografik özelliklerin belirlenerek; hemşirelerin bu özelliklere göre görev almasını sağlamak ve hizmet içi eğitim programlarının bu özellikler göz önüne alınarak planlanması önem taşımaktadır. Tükenmişliği etkileyebilecek gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması önem taşımaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

a. Çalışmanın evreni: Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde (n=90) gerçekleştirilen bu tanımlayıcı çalışmada örneklem alınmamıştır. Çalışma 84 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

b. Çalışmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri:

1- *Bağımlı değişken:* Tükenmişlik.

2- *Bağımsız değişkenler:* Yaş, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu,

çalışma yılı ve şekli, mesleği isteyerek seçme durumu.

c. Verilerin toplanması: Veriler kişisel bilgi formu, Maslach Tükenmişlik ölçekleri kullanılarak katılımcıların kendileri tarafından doldurularak incelenmiştir.

1- Bölüm: Kişisel bilgi formu

Hemşirelerin kişisel bilgi formu, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır.^[4,5,7,9,10] Formda değişkenler olarak; yaş, öğrenim durumu, aile ortamı, çalışma ortamı, medeni durum ile ilgili bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır.

2- Bölüm: Maslach tükenmişlik ölçeği (MTÖ)

Maslach ve Jackson tarafından tükenmişlik düzeyini belirlemek amacı ile geliştirilen MTÖ, 22 maddeden oluşmaktadır. Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları; Çam^[4] (hemşirelerde) ile Ergin^[7] (doktor ve hemşirelerde) tarafından yapılmıştır. Ölçekte tükenmişlik, "duygusal tükenme (DT)", "duyarsızlaşma (D)" ve "kişisel başarı (KB)" olmak üzere üç boyutta değerlendirilmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanları, her bir madde için hiçbir zaman (0), çok nadir (1), bazen (2), çoğu zaman (3), her zaman (4) olarak, kişisel başarı alt ölçek puanı ise, bunun tersi şekilde değerlendirilmektedir.

Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var yada yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır. Maslach tükenmişlik ölçeğinden genel tükenmişlik puanı ve alt ölçek puanları olmak üzere dört ayrı değerlendirme puanı elde edilmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki yüksek puan, kişisel başarıdaki düşük puan tükenmişliği yansıtmaktadır. Ölçeğin orijinalinde güvenilirlik katsayıları; DT.90, D.79, KB.71, Ergin'in^[4] çalışmasında güvenilirlik katsayıları; DT.83, D.65, KB.72 olarak bildirilmiştir.

d. Verilerin değerlendirilmesi: Veriler bilgisayar ortamında, SPSS 11.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel olarak frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Gruplar arasında karşılaştırmalarda "student t-testi" (bağımsız iki ortalama arasında-

ki farkın önemlilik testi), "tek yönlü varyans analizi-ANOVA" veya Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Alt grup karşılaştırmalarında ise Tukey testi veya Bonferroni düzeltilmeli Mann Whittney U-testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde, istatistiksel önemlilik için sınır değer $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışma grubunun tükenmişliğin alt boyutları incelendiğinde; duygusal tükenme puanı (22.7 ± 7.3), duyarsızlaşma puanı (27.5 ± 7.3), kişisel başarı puanı (23.5 ± 5.6) olduğu saptanmıştır. Tükenmişliği etkileyen faktörler üç bölümde incelenmiştir.

a. Hemşirelerle ilgili tanıtıcı bilgilerin incelenmesi:

Çalışmaya katılan toplam 84 yoğun bakım hemşiresi incelendiğinde, 25-29 yaş aralığında olan hemşirelerin, çalışmaya katılanların yarısını oluşturduğu (%50) ve yaş ortalamalarının 27.9 ± 4.0 olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamında; hemşirelerin medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin %53.6'sının bekar olduğu, evli olan hemşire-

lerin %71.4'ünün çocuk sahibi olmadığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin mezun oldukları okula göre dağılımlarına bakıldığında, %3.6'sının lise, %52.4'ünün ön lisans, %44'ünün lisans mezunu olduğu görülmektedir. Ayrıntılar Tablo I'de sunulmuştur.

Tablo II'de hemşirelerin çalıştığı kliniklere göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre; kalp damar cerrahisi YBÜ'nde çalışan hemşirelerin %22.6'luk ($n=19$) bir oranla en kalabalık grubu oluşturduğu görülmektedir.

b. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımları:

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; meslek hayatına yeni başlayan ve 0-59 aydır hemşirelik yapan grubun %36.9'unun ($n=31$) oluşturduğu görülmektedir. Ayrıntılar Tablo III'de görülmektedir.

Tablo IV'de çalışmaya katılan hemşirelerin mesleği isteyerek seçme dağılımları incelendiğinde; %22.6'sının mesleği isteyerek, %57.1'inin kısmen isteyerek, %20.2'sinin istemeyerek seçtiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin, %38.1'i her zaman hemşirelik mesleğinin kendilerine uygun bulduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin mesleki geleceği olumlu değerlendirme ile ilgili düşünceleri incelendiğinde, %8.3'ü ($n=7$) hiçbir zaman, %31'i ($n=26$) çoğu zaman mesleki geleceğini olumlu düşündüklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin %33.3'ü ($n=28$) her zaman çalışma ortamından memnun olduklarını, %28.6'sı ($n=24$) bazen üstlerden takdir gördüklerini ve %33.3'ünün hemşirelerin mesleğinin her zaman kişisel gelişimine olumlu katkısı olduğunu belirtmişlerdir.

TABLO I

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
20-24	27	32.2
25-29	39	46.4
30 ve üstü	18	21.4
<i>Toplam</i>	84	100.0
Medeni durum		
Evli	37	44.0
Bekar	45	53.6
Dul	1	1.2
Boşanmış	1	1.2
<i>Toplam</i>	84	100.0
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	24	28.6
Hayır	60	71.4
<i>Toplam</i>	84	100.0
Öğrenim durumu		
Lise	3	3.6
Ön lisans	44	52.4
Lisans	37	44.0
<i>Toplam</i>	84	100.0

TABLO II

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre dağılımı

Klinikler	Sayı	Yüzde
Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesi	19	22.6
Beyin cerrahi yoğun bakım ünitesi	16	19.0
Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım	16	19.0
Genel cerrahi yoğun bakım ünitesi	9	10.7
Koroner yoğun bakım ünitesi	9	10.7
Acil cerrahi yoğun bakım ünitesi	9	10.7
Acil dahiliye yoğun bakım ünitesi	6	7.1
<i>Toplam</i>	84	100.0

c. Hemşirelerin tanıtıcı bilgilerine göre tükenmişlik durumları:

Tablo V'de duygusal tükenme puan ortalamalarının evlilerde (24.0 ± 6.3), bekar hemşirelerden (21.53 ± 8.1) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde duyarsızlaşma puan ortalamalarının evli hemşirelerde daha (27.9 ± 2.7) yüksek olduğu bulunmuştur. Kişisel başarı puan ortalamalarının da evli hemşirelerde, bekar hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin medeni durumlarına göre tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo V'e göre çocuğu olan hemşireler çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre duygusal tükenmeyi (23.2 ± 6.2) daha fazla yaşamaktadırlar ($p > 0.05$). Duyarsızlaşma puan ortalamalarının çocuk sahibi olan (27.6 ± 2.5) ve olmayan (27.3 ± 3.3) hemşirelerde birbirine yakın olduğu saptanmıştır ($p = 0.70$). Kişisel başarı puan ortalamalarının çocuğu olan hemşirelerde daha yüksek (24.58 ± 4.0) olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre tükenmişlik puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Tabloya göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur. Eğitim durumları ile tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

TABLO III

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Mesleki özellikler toplam		
hizmet süresi (ay)		
0-59	31	36.9
60-119	30	35.7
120 ve üstü	23	27.4
<i>Toplam</i>	84	100.0
Yoğun bakım hizmet süresi (ay)		
0-59	55	65.5
60 ve üstü	29	34.5
<i>Toplam</i>	84	100.0
Çalışma şekli		
Sürekli gündüz	17	20.2
Sürekli gece	22	26.2
Bazen gece bazen gündüz	45	53.6
<i>Toplam</i>	84	100.0

Tablo VI'da hemşirelerin tükenmişlik puanlarının çalıştıkları kliniklere göre dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları kliniklerle tükenmişliğin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.001$). Duygusal tükenme için en yüksek

TABLO IV

Hemşirelerin meslekleri ile ilgili değerlendirmelerine göre dağılımları

Meslek ile ilgili görüşler	Sayı	Yüzde
Mesleği isteyerek seçme durumu		
İsteyerek	19	22.6
Kısmen isteyerek	48	57.1
İstemeyerek	17	20.2
Mesleği kendine uygun bulma		
Hiçbir zaman	5	6.0
Nadiren	8	9.5
Bazen	13	15.5
Çoğu zaman	26	31.0
Her zaman	32	38.1
Mesleki geleceği olumlu değerlendirme		
Hiçbir zaman	7	8.3
Nadiren	14	16.7
Bazen	18	21.4
Çoğu zaman	26	31.0
Her zaman	19	22.6
Çalışma ortamından memnun olma durumu		
Hiçbir zaman	7	8.3
Nadiren	13	15.5
Bazen	13	15.5
Çoğu zaman	23	27.4
Her zaman	28	33.3
Üstlerden takdir görme		
Hiçbir zaman	10	11.9
Nadiren	13	15.5
Bazen	24	28.6
Çoğu zaman	22	28.2
Her zaman	15	17.9
Mesleğin kişisel gelişimine olumlu katkısı		
Hiçbir zaman	10	11.9
Nadiren	10	11.9
Bazen	15	17.9
Çoğu zaman	21	25.0
Her zaman	28	33.3
<i>Toplam</i>	84	100.0

TABLO V

Yoğun bakım ünitelerinde ki hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Maslach tükenmişlik ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler	Sayı	Maslach tükenmişlik ölçeği		
		Duygusal tükenme Ort.±SS	Duyarsızlaşma Ort.±SS	Kişisel başarı Ort.±SS
Yaş grubu				
20-25 yaş (1)	17	22.2±8.0	26.7±3.0	23.9±4.7
26-30 yaş (2)	42	23.2±7.9	28.0±3.3	23.1±4.1
31 yaş ve üstü (3)	25	22.2±5.1	27.1±2.3	23.1±5.6
<i>p</i>		0.83	0.28	0.83
Medeni durum				
Evli	37	24.0±6.3	27.9±2.7	24.1±5.1
Bekar	45	21.5±8.1	26.9±3.3	22.8±6.0
Dul	1	27.0	30.	29.0
Boşanmış	1	29.0	31.0	18.0
<i>p</i> *		0.15	0.16	0.26
Çocuk sahibi olma durumu				
Evet	24	23.2±6.2	27.6±2.5	24.5±4.0
Hayır	60	22.6±7.9	27.3±3.3	23.0±6.0
<i>p</i>		0.74	0.70	0.23
Öğrenim durumu				
Lise/ön lisans**	47	23.1±7.2	27.5±3.0	23.3±6.0
Lisans	37	22.1±7.5	27.3±3.4	23.6±5.2
<i>p</i>		0.53	0.92	0.81

*: Dul ve boşanmış grubu istatistiksel önemliliğin karşılaştırmasında yer almamıştır; **: Lise mezunları (n=3) ön lisans mezunları içine dahil edilmişlerdir.

puanı (28.0±4.7) acil dahiliye YBÜ, en düşük puanı (14.8±8.4) koroner YBÜ, duyarsızlaşma için en yüksek puanı (29.1±3.3) genel cerrahi YBÜ, en düşük puanı (24.8±2) koroner YBÜ, kişisel başarı için en yüksek puanı (28.7±2.5) beyin cerrahi YBÜ, en düşük puanı (17.7±4.2) reanimasyon ünitesi hemşirelerinin aldığı saptanmıştır.

Tabloda, hizmet süreleri ile tükenmişlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Tablo VI'ya göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur. Kişisel başarı puan ortalaması en yüksek olan grup sürekli gece çalışan grup olduğu belirlenmiştir. Tükenmişlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo VII'de, duygusal tükenme puan ortalamalarının mesleği istemeyerek seçen hemşirelerde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tabloya göre, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kişisel başarı puan ortalamalarının gruplar arasında farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Grup içi farkın çoğu/her zaman mesleği kendilerine uygun olduğunu belirten hemşirelerin kişisel başarı puan ortalamasının (25.2±4.8) diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma puan ortalamalarına bakıldığında, mesleki gelecekleri hiçbir zaman olumlu değerlendirmeyen hemşirelerin puan ortalamaları yüksek (25.2±5.0) bulunmuştur ($p<0.05$). Kişisel başarı puan ortalamaları ise, mesleki gelecekleri hakkında çoğu/her zaman olumlu değerlendiren hemşirelerin puan ortalamaları yüksektir ($p<0.001$).

Çalışmada; duygusal tükenme, duyarsızlaşma puan ortalamalarının gruplar arasında farklı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Kişisel başarı puan ortalamasının gruplar arasında

TABLO VI

Yoğun bakım ünitelerinde ki hemşirelerin mesleki özelliklerine göre Maslach tükenmişlik ölçek puanlarının karşılaştırılması

Mesleki özellikler	Sayı	Maslach tükenmişlik ölçeği		
		Duygusal tükenme Ort.±SS	Duyarsızlaşma Ort.±SS	Kişisel başarı Ort.±SS
Görev yaptığı klinikler				
Beyin cerrahi yoğun bakım ünitesi (1)	16	22.1±6.1	26.9±2.2	28.7±2.5
Genel cerrahi yoğun bakım ünitesi (2)	9	26.7±8.0	29.1±3.3	23.8±4.7
Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesi (3)	19	24.3±4.8	28.8±2.5	23.6±4.6
Acil dahiliye yoğun bakım ünitesi (4)	6	28.0±4.7	28.3±1.9	26.7±4.0
Acil cerrahi yoğun bakım ünitesi (5)	9	26.9±5.0	28.8±3.0	24.8±4.6
Anestezi ve reanimasyon (6)	16	19.4±7.9	25.6±3.6	17.7±4.2
Koroner yoğun bakım ünitesi (7)	9	14.8±8.4	24.8±2.0	20.0±5.6
<i>p</i>		<0.001	0.001	<0.001
<i>p*</i>				0.04
Toplam hizmet süresi (ay)				
0-59	31	21.8±8.0	26.6±3.3	23.6±4.9
60-119	30	23.2±8.0	28.1±3.0	22.1±6.5
120 ve üstü	23	23.6±5.4	24.9±4.8	27.5±2.7
<i>p</i>		0.62	0.18	0.19
Yoğun bakım hizmet süresi (ay)				
0-59	55	22.3±7.4	27.1±3.0	22.8±5.7
60 ve üstü	29	23.6±7.4	28.0±3.1	24.5±5.3
<i>p</i>		0.47	0.21	0.17
Çalışma şekli				
Sürekli gündüz	17	20.2±9.5	26.5±2.6	21.5±5.0
Sürekli gece	22	22.9±8.1	27.7±3.8	24.6±5.1
Bazen gece bazen gündüz	45	23.6±6.0	27.6±2.9	23.6±6.0
<i>p</i>		0.30	0.37	0.19

*: İstatistiksel önemliliğin değerlendirilmesi Bonferonni düzeltmesi Mann Whitney U-testi ile yapılmıştır.

farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farkın çoğu, her zaman memnun olduğunu belirten hemşirelerin kişisel başarı puan ortalamasının diğer gruplara göre yüksek (25.7 ± 4.2) olmasından kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelerin üstlerden takdir görme konusundaki görüşlerine göre tükenmişlik alt grup puan ortalamaları verilmiştir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının gruplar arasında farklı olmadığı ($p>0.05$), kişisel başarı puan ortalamalarının gruplar arasında farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farkın kişisel başarı puan ortalamalarının, üstlerden çoğu/her zaman takdir görüyorum cevabı veren hemşirelerde diğer gruplara göre daha yüksek (25.5 ± 4.3) olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tabloda duygusal tükenme puan ortalamalarının gruplar arasında farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Duyarsızlaşma puan ortalamaları, mesleğin kişisel gelişimine çoğu her zaman katkıda bulunduğunu belirten hemşirelerde düşük (26.7 ± 3.0) bulunduğu saptanmıştır. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kişisel başarı puan ortalamalarının, gruplar arasında farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farkın mesleğin kişisel gelişimine katkıda bulunduğunu söyleyen grup ile katkıda bulunmadığını söyleyen grup arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin hastanın yerine koyma durumlarına göre tükenmişlik alt grup puan ortalamaları verilmiştir. Hiçbir zaman-nadiren

TABLO VII

Yoğun bakım ünitelerinde ki hemşirelerin meslekleri ile ilgili görüşlerine göre Maslach tükenmişlik ölçek puanlarının karşılaştırılması

Meslekleri ile ilgili görüşleri	Sayı	Maslach tükenmişlik ölçeği		
		Duygusal tükenme Ort.±SS	Duyarsızlaşma Ort.±SS	Kişisel başarı Ort.±SS
Mesleği isteyerek seçme durumu				
İsteyerek (1)	19	17.9±6.7	26.3±2.8	24.4±5.7
Kısmen isteyerek (2)	48	23.0±6.6	27.4±3.2	23.0±5.1
İstemeyerek (3)	17	27.1±7.7	28.5±2.6	23.5±6.7
<i>p*</i>		<0.001	0.11	0.71
Mesleği kendine uygun bulma				
Hiçbir zaman-nadiren (1)	13	25.4±9.0	28.2±2.7	18.4±4.8
Bazen (2)	13	26.0±6.7	29.4±3.2	20.8±5.5
Çoğu zaman-her zaman (3)	58	21.4±6.8	26.8±3.0	25.2±4.8
<i>p**</i>		0.04	0.01	<0.001
Mesleki geleceği olumlu değerlendirme				
Hiçbir zaman-nadiren (1)	21	26.3±6.7	28.8±2.6	19.7±6.0
Bazen (2)	18	25.0±7.2	27.4±3.3	23.4±4.5
Çoğu zaman-her zaman (3)	45	20.1±7.0	26.7±3.0	25.2±5.0
<i>p***</i>		0.002	0.03	0.001

*: DT: $p_{1,2}=0.017$; $p_{1,3}<0.001$; **: D: $p_{2,3}=0.016$; KB: $p_{1,3}=0.005$; $p_{2,3}=0.017$; *** DT: $p_{1,3}=0.004$; KB: $p_{1,3}<0.001$; $p_{2,3}=0.038$; D: $p_{2,3}=0.024$.

hastanın yerine kendimi koymuyorum cevabı veren hemşirelerin (25.0±3.4) diğer gruplara göre daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları saptanmıştır. Kişisel başarı puan ortalaması en yüksek (24.8±4.8) olan grubu çoğu/her zaman hastanın yerine kendimi koyuyorum cevabını veren hemşirelerden oluştuğu ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$), (Tablo VIII).

TARTIŞMA

a. Hemşirelerle ilgili tanıtıcı bilgilerin incelenmesi: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan araştırmada, hemşirelerin %50'sinin 25-29 yaş grubunda ve hemşirelerin yaş ortalaması 27.9±4.0 olduğu saptanmıştır. Örneklem grubunun (n=84) genç bir popülasyondan oluştuğu görülmektedir. Araştırma grubundaki hemşirelerin yaş ortalaması ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla uyumlu yaş grubundan oluşmaktadır.^[3,11]

b. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre görüşleri: Hemşirelerin %36.9'unun (n=31) beş yıldan az süredir hemşirelik yaptığı, yoğun bakımda çalışma sürelerine bakıldığında %34.5'inin

(n=29) beş yıldan fazla süredir bu ünitelerde çalıştıkları görülmektedir. Araştırma grubunun çoğunluğunun (n=55) beş yıllık hemşirelerden oluştuğu ve yarısından fazlasının nöbet tuttuğu görülmektedir belirlenmiştir.

Çalışmamızda, YBÜ'lerinde görev yapan hemşirelerin %20.2'sinin (n=19) mesleklerini istemeyerek seçmesi dikkat çekmektedir. Benzer çalışmalarda; Çam^[4] bu oranı %38.3, olarak bildirilmiştir, bu veri, çalışmamıza göre yüksektir. Çalışmamızda elde edilen yaklaşık %20'lik oran YB şartlarında hizmet verilen ve fedakarlık gerektiren bir meslek grubu için yüksek olduğu değerlendirilmiştir. Bu durumun, çalışmaya kabul edilen hemşirelerin büyük kısmının (n=47) lise ve ön lisans mezunu olmasından kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmiştir. Hemşirelik mesleğinin, karar vermek için genç bir yaşta, sadece geleceğini garanti altına almak amacıyla seçtikleri değerlendirilmiştir. Hemşirelerin yarısından fazlası mesleği kısmen isteyerek seçmesine rağmen, çoğunluğunun (n=58) mesleği kendilerine uygun buldukları saptanmıştır.

Hemşirelerin mesleki geleceği olumlu değerlendirme ile ilgili düşünceleri incelendiğinde, mesleki gelecek konusunda %53.6'sı (n=45)

TABLO VIII

Hemşirelerin meslekleri ile ilgili görüşlerine göre Maslach tükenmişlik ölçek puanlarının karşılaştırılması

Meslekleri ile ilgili görüşleri	Sayı	Maslach tükenmişlik ölçeği		
		Duygusal tükenme Ort.±SS	Duyarsızlaşma Ort.±SS	Kişisel başarı Ort.±SS
Çalışma ortamından memnun olma durumu				
Hiçbir zaman-nadiren (1)	20	25.9±8.0	27.7±3.5	20.7±6.1
Bazen (2)	13	21.5±6.5	27.1±3.3	19.0±5.3
Çoğu zaman-her zaman (3)	51	21.9±7.1	27.3±2.9	25.7±4.2
<i>p*</i>		0.09	0.82	<0.001
Üstlerden takdir görme				
Hiçbir zaman-nadiren (1)	23	22.0±8.1	26.9±3.5	18.3±5.2
Bazen (2)	24	25.2±8.2	28.0±3.1	25.1±4.6
Çoğu zaman-her zaman (3)	37	21.6±6.2	27.3±2.8	25.5±4.3
<i>p**</i>		0.16	0.48	<0.001
Mesleğin kişisel gelişimine olumlu katkısı				
Hiçbir zaman-nadiren (1)	20	24.9±7.6	28.1±3.1	19.1±5.4
Bazen (2)	15	25.1±5.5	28.8±2.8	22.7±5.7
Çoğu zaman-her zaman (3)	49	21.1±7.5	26.7±3.0	25.4±4.6
<i>p***</i>		0.06	0.03	<0.001
Kendini hastanın yerine koyma				
Hiçbir zaman-nadiren (1)	5	25.0±3.4	27.8±3.4	15.6±4.4
Bazen (2)	13	20.2±8.6	26.0±3.8	19.4±5.3
Çoğu zaman-her zaman (3)	66	23.1±7.3	27.7±2.9	24.8±4.8
<i>p****</i>		0.34	0.20	<0.001

*: KB: $p_{1-3}=0.001$; $p_{2-3}<0.001$; **: KB: $p_{1-2}<0.001$; $p_{1-3}<0.001$; ***: KB: $p_{1-3}<0.001$; ****: KB: $p_{1-3}<0.001$; $p_{2-3}=0.002$.

olumlu düşünmektedir. Hemşirelerin %60.7'si her zaman çalışma ortamından memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç mesleki geleceği olumlu değerlendirme ve mesleğin kişisel gelişimine olumlu katkısı olduğu sonucu ile de paralellik göstermektedir.

c. Hemşirelerin tanıtıcı bilgilerine göre tükenmişlik durumları: Bu bölümde, hemşirelerin tükenmişlik puanlarını etkileyebileceği düşünülen tanıtıcı, mesleki özellikler ve meslekleri ile ilgili görüşleri incelenmiştir. Yaş grupları ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.15$, $p=0.83$, $p=0.28$, $p=0.83$).

Araştırmamız da duygusal tükenme ortalamasının, yaş grupları arasında birbirine yakın olduğu görülmekte olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.83$). Demir'in^[5] çalışmasında yaşı 25 ve daha az olan hemşirelerin, duyarsızlaşma ve kişisel başarı yönünden daha çok tükenmiş oldukları bildirilmiştir.

Ergin^[7] yaş değişkeni ile tükenmişliğin ters yönlü bir ilişki içinde olduğunu bildirmiştir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın, yaş arttıkça azaldığı buna karşılık kişisel başarı duygusunun da yaşla birlikte arttığını bildirilmiştir. Tükenmişliğin gençlerde daha fazla görülmesinin sebebi olarak, gençlerin işle ilgili sorunlarla başa çıkmak için gerekli bazı özellikleri henüz kazanmamış olmaları yada mesleğe bağlanmanın henüz oluşmaması ile açıklandığı belirtilmiştir.

Medeni durum ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişki araştırıldığında, duygusal tükenme puan ortalamalarının evlilerde (24.0 ± 6.3), bekar hemşirelerden (21.53 ± 8.1) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde duyarsızlaşma puan ortalamalarının evli hemşirelerde daha (27.9 ± 2.7) yüksek olduğu bulunmuştur. Kişisel başarı puan ortalamalarının da evli hemşirelerde, bekar hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evlilik ile birlikte bireyin kendisi ile ilgili düşüneceği konuların artma-

sı nedeniyle karşısındakilere yöneliminde bir azalma olabileceği değerlendirilmektedir.

Yoğun bakım ünitesi hemşirelerinde kişisel başarı puanı, evli olanlarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, evliliğin insan ilişkilerinden doğan sorunlarla başa çıkma becerilerini arttırdığı ve aile desteğinin stresin ortadan kaldırılmasında önemli olduğu görüşünü destekler niteliktedir.^[11] Kişisel başarı puan ortalamalarının, çocuğu olan hemşirelerde daha yüksek (24.58 ± 4.0) olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

Sarandöl'ün^[11] yaptığı çalışmada, stres yükü fazla olan acil servis ve YB'da çalışan hemşirelerde depresyon, anksiyete ve tükenme düzeylerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınan, 29 yoğun bakım hemşiresinde duygusal tükenme düzeyleri acil servis hemşirelerine göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Yoğun ve stresli işin yanında ilişkide bulunulan hastaların süreğenliğinin ve kötü prognozlarının da tükenmeyi tetikleyici önemli etmenler olabileceği görüşüne varılmıştır.

Hemşirelerin hizmet yılına göre tükenmişlik ölçeğinin alt boyutu duygusal tükenme puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Tabloya göre mesleğin ilk yıllarından itibaren duyarsızlaşma düzeyi arttıkça, kişisel başarı puanı yükselmektedir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda bulgularımızı desteklemektedir.^[12,13] İlk yıllarda duyarsızlaşma ve duygusal tükenmenin fazla yaşanma nedeni olarak meslekte yeni olmak, tecrübenin yetersizliği, stresle başa çıkamama, işin denetiminde olduğu duygusunun henüz gelişmemesi olara sayılabilir. Ayrıca Sarandöl'ün^[11] belirttiği gibi daha yeni olanların rutin işler yapması, hiyerarşik düzende kendilerini özerk algılamamaları, üzerlerinde daha fazla denetim olması, sisteme ayak uyduramamaları ve doyum sağlayacak konuma sahip olmaları da bu sonuçta etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

Hemşirelerin çalışma şekillerinin, tükenmişlik alt boyutları ile ilişkisi incelendiğinde, görev şekli ile tükenmişlik düzeyleri ile aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Gece çalışan hemşirelerin genç bir yaş grubunda olması, iş yükünün fazla olması, uykusuzluk, stres, tek başına karar verme zorunluluğunda

kalmaları gibi etkenler düşünüldüğünde bu bulgunun oldukça önemli olduğu değerlendirilmiştir. Sürekli gece, aralıklarla gece-gündüz çalışan hemşirelerin, sürekli gündüz çalışan hemşirelere göre duyarsızlaşma ve duygusal tükenmeyi daha çok yaşadıkları belirlenmiştir. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p < 0.05$). Literatürde çok sayıda hastaya bakım vermenin, iş doyumunu ve bakımın kalitesini düşürerek, hemşirenin durumu kontrol etmesini zorlaştıracığı için tükenmeyi artıracığı bildirilmektedir.^[14] Literatürde benzer çalışmalarda, nöbet tutma durumu tükenmişliği etkileyen bir faktör olarak belirlenmiştir. Nöbetli çalışma ve bunun neden olduğu uzun çalışma saatlerinin kişisel yaşamı olumsuz yönde etkileyebileceği bildirilmiştir. Hemşirelerin yirmi dört saat hizmet veren kurumlarda çalışmaları ve kadın mesleği olması, hemşirenin evdeki sorumlulukları da etkilemekte çoğunlukla bu olumsuzluklar ailesinden kendine olumsuz geri bildirimlerle dönmekte olduğu belirtilmiştir. Yoğun bakım servislerinde iş yükünün yoğun, nöbet sayısının fazla olmasına karşın yoğun bakım hastalarının çoğunun ölümcül, süreğen gidişli ve sağaltımı güç yada olanaksız olması nedeni ile YBÜ hemşirelerinde duygusal tükenmenin daha sık yaşanması beklenebileceği bildirilmiştir.^[11] Bu sonuç çalışmamızın bulgusunu desteklemektedir.

Çalışmamızda, duygusal tükenmenin hemşirelik mesleğini istemeyerek seçenlerde yüksek bulunurken, duyarsızlaşma ve kişisel başarının mesleği seçme şekline etkilenmediği saptanmıştır ($p < 0.001$). Bu bulguya göre mesleği istemeden seçmenin duygusal tükenmeyi artırdığı değerlendirilmektedir. Bu sonuç, ülkemizde yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir.^[5]

Hemşirelerin mesleği kendilerine uygun bulma durumunun, tükenmişlik alt grup puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Mesleği kendilerine uygun bulan hemşirelerin kişisel başarılarının yüksek olduğu görülmektedir ($p < 0.001$).

Mesleki geleceklerini olumlu değerlendiremeyen hemşirelerin, daha çok duyarsızlaşma ve duygusal tükenme yaşadıkları bulunmuştur. Mesleki geleceklerini olumlu değerlendiren hemşirelerin kişisel başarıları da yüksek ola-

rak bulunmuştur ($p<0.05$). Demir çalışmasında, mesleki gelecekleri hakkında karamsar düşünenlerin, daha fazla tükenme yaşabileceklerini yada tersi olabileceğini belirtmiştir. Bu durum, hemşirelerin doyumsuz iş ortamında bulunmaları, mesleki gelişimleri konusunda destek görmemeleri, meslekte yükselebilecek olanaklarının sınırlı olması şeklinde yorumlamıştır. Demir'in^[5] çalışması, Lewis tarafından diyaliz hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmasında desteklenmiştir. Bu iki çalışmaya ait sonuçlar, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla paralellik göstermektedir.

Çam^[4] çalışmasında, bulunduğu ortamdaki memnun bireyin daha rahat olacağı ve ortamdaki memnun olma durumunun tükenmişlik düzeyini negatif yönde etkileyeceği, bir başka deyişle meslekten memnun olan bireylerin tükenmişlik puanlarının azalacağı belirtilmektedir. Demir'in^[5] çalışmasında belirttiği gibi, Walcott'da halk sağlığı hemşirelerinde, iş yerindeki stres faktörlerini araştırmış ve bunların yetersiz personel, aşırı iş yükü, ailesel çatışmalar, doktorlara ulaşmada sorun çekmeleri gibi durumlar olduğunu ve stresörlerin tükenmişliği arttırdığını belirtmiştir. Sonuçlar çalışmamızda uygunluk göstermektedir.

Hemşirelerden, mesleklerinin kişisel gelişimlerine oldukça katkıda bulunduğu düşünülenlerin duygusal tükenme puan ortalamalarının gruplar arasında farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Duyarsızlaşma puan ortalamaları, mesleğin kişisel gelişimine çoğu/her zaman katkıda bulunduğunu belirten hemşirelerde düşük (26.7 ± 3.0) bulunduğu saptanmıştır. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kişisel başarı puan ortalamalarının, gruplar arasında farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farkın mesleğin kişisel gelişimine katkıda bulunduğunu söyleyen grup ile katkıda bulunmadığını söyleyen grup arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin incelendiği araştırmada, elde edilen sonuçlara göre öneriler şu şekildedir;

1. Kişisel başarı puanının evli ve yaş değişkeninin tükenmişlikle ters yönde ilişkisi olduğunun belirlenmesinden dolayı, mesleki ilk yıl-

larında genç hemşirelerin yoğun bakım gerektiren kliniklerde yer almasından ziyade, problem çözme, kritik düşünebilme, kendi kendine karar verebilme yeteneklerinin gelişmesine olanak sağlayan kliniklerde yer almasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.

2. Mesleki geleceklerini olumlu değerlendirmenin kişisel başarıyı artırdığı duyarsızlaşma ve duygusal tükenmeyi azalttığı bulgularından yola çıkarak hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin, hemşirelerin performanslarını değerlendirmesi ve bu değerlendirme sonuçlarının hemşireleri ile paylaşması ve sonucunda başarılı olanların ödüllendirilmesinin.

3. Mesleki gelişim için eğitim faaliyetlerinin yanında hemşirelerin yapılan bilimsel araştırmalara katılımının sağlanmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Dökmen Ü, editör. İletişim çatışmaları ve empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 1997.
2. Taşdemir G. Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin empatik eğilim ve iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi] İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 1999.
3. Çıtak G. Hemşirelik Yüksek Okulu öğretim elemanlarının empatik beceri ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1998.
4. Çam O. Hemşirelerde tükenmişlik (Burnout) sendromunun araştırılması. [Doktora Tezi] İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 1991.
5. Demir A. Hemşirelerin tükenmişlik (Burnout) düzeyleri ve tükenmişliği etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi] Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1995.
6. Ekerbiçer H, Çelik M, Aral M, Buğdaycı R. Kahramanmaraş'ta çalışan hekimlerde mesleki tükenmişlik düzeyi ve bazı kişisel özelliklerle ilişkisi. Available from: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/yedi%207.htm>
7. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeği'nin uyarlanması. In: Bayraktar R, Dağ İ, editörler. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara: Türkiye. Türk Psikologlar Derneği Yayını; 1993. s. 143-54.
8. Cutcliffe JR, Cassidy P. The development of empathy in students on a short, skills based counselling course: a pilot study. Nurse Educ Today 1999;19:250-7.
9. Beemsterboer J, Baum BH. "Burnout": definitions and health care management. Soc Work Health Care 1984;10:97-109.
10. Görek G, Yıldız S. Hemşirelikteki deneyimin anksiyete düzeyine etkisi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi

- Kitabı, 24-26 Haziran 1992, Sivas: Esnaf Ofset Bilim; 1992. s. 488-94.
11. Sarandöl A. Acil ve servis ve yoğun bakım hemşirelerinde depresyon ve tükenme düzeyleri. Bursa Devlet Hastanesi Bülteni 2004;19:75-8.
 12. Yıldırım İ. Rehber öğretmenlerin empatik eğilim ve empatik beceri düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. I. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bildirisi Özet Kitabı, 9-11 Eylül 1991, Ankara; 1991.
 13. Pısmıçoğlu E, Yaşar İ. Hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin psikolog ihtiyaç örüntüleri ve empati düzeyleri. [Yüksek Lisans Tezi] Ankara: Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 1993.
 14. Dolan N. The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. J Adv Nurs 1987;12:3-12.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hekim-Hemşire İletişimi ile İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi*

The Determination of Intensive Care Nurses' Opinion About Communication Between Doctors and Nurses

Meral MADENOĞLU KIVANÇ, Selma TEPEHAN, Erdem ÖZKARA,
Atilla Senih MAYDA, Nevzat ALKAN

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12(1-2):12-16

Amaç: Bu çalışma İstanbul'daki yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin çalıştıkları birimlerdeki hekim-hemşire iletişimi ile ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışma planı: Tanımlayıcı nitelikteki çalışmamızda İstanbul ili sınırları içindeki hastanelerinin reanimasyon, koroner, çocuk, cerrahi ve genel yoğun bakım ünitelerinde çalışan 300 hemşireye 20 sorudan oluşan anket formu verilmiştir. İki yüz on beş hemşire formu uygun şekilde doldurup ankete katılmıştır. Anketten elde edilen veriler SPSS programında değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Ankete katılan hemşirelerin %42.4'ü ($n=89$) çalıştıkları birimde hemşire-hekim iletişimini kısmen yeterli, %32.4'ü ($n=68$) yetersiz, %25.2'si ($n=53$) yeterli bulunduğunu belirtmiştir. Hemşire-hekim iletişiminin yeterli olduğunu düşünme ile hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Sağlık ekibinin temel üyelerinden olan hemşire ve hekimlerin aralarındaki iletişim, empati ve koordinasyon yeteneği arttıkça, kurum çalışanlarının memnuniyeti de artacağı için sağlık kurumlarında yüksek düzeyde hizmet kalitesi gerçekleşecektir. Dolayısıyla yoğun bakımda ekip üyeleri arasındaki iletişimin artırılmasına ve verimli iş ortamının oluşturulmasına yönelik eğitimlere ağırlık vermek uygun olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Yoğun bakım; hemşire; hekim; iletişim.

Objectives: The aim of this descriptive study is to reveal the opinion of nurses working in intensive care units in İstanbul about the communication between nurses and doctors.

Methods: A questionnaire made up of 20 questions was delivered to 300 nurses working in reanimation, coronary, pediatric, surgical and general intensive care units of various hospitals in İstanbul. At the end, 215 questionnaires were completed as required. The data collected from the relevant questionnaires were analyzed using SPSS. $p < 0.05$ was taken as the level of significance.

Results: Of the nurses participated, 42.4% ($n=89$) indicated that they evaluate the communication between nurses and doctors as relatively sufficient, 32.4% ($n=68$) as insufficient, and 25.2% ($n=53$) as sufficient. There was a significant relationship between perception of sufficient communication and perception of sufficient number of nurses.

Conclusion: As communication, empathy and coordination increase between nurses and doctors, the most important members of the health staff, all health staff in an institution will have more satisfaction with their jobs, thus, the quality of the care given in health centers will increase. Accordingly, it will be appropriate to concentrate on trainings that focus on increasing communication and being organized for maintaining an efficient environment in intensive care.

Key Words: Intensive care; nurses; doctors; communication.

*Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği III. Ulusal Kongresi'nde Poster olarak sunulmuştur (06-08 Nisan 2007, Antalya).

(Madenoğlu Kıvanç, Yrd. Doç. Dr.) İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, İstanbul; (Tepehan, MSc Hemşire-Doktora Öğrencisi) Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul; (Özkara, Doç. Dr.) Dokuz Eylül Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir; (Mayda, Doç. Dr.) Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Düzce; (Alkan, Doç. Dr.) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul.

İletişim adresi: Selma Tepehan, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Ünitesi, 34147 Bakırköy, İstanbul. Tel: 0212 - 414 72 47 Faks: 0212 - 570 28 76 e-posta: selmatepehan@gmail.com

Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yaşamsal desteğin ideal biçimde verilmesi; yoğun bakımın fiziki koşulları, çalışan kişilerin görevlerini uygun şekilde yapması ekip üyeleri arasındaki karşılıklı iletişimin olumlu olmasına bağlıdır. Özellikle YBÜ’de çalışanların kişisel özellikleri ve iletişimleri, tedavinin başarısı ile hasta mortalitesi üzerine etkisi birçok çalışmada vurgulanmaktadır.^[1,2] Hekim-hemşire iletişimi ile ilgili programlanmış toplantıların yapılması ve sonuçların paylaşılmasının önemi yapılan çalışmalarda belirtilmiştir.^[1,3] Bunun yanı sıra yoğun bakımlarda verilen tedavi ve bakım hizmetlerinin niteliği ve tedaviyi sürdürme, sonlandırma ilkelerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar da sürmektedir.^[4,5] Yoğun bakımda verilen hizmet kalitesinin artırılmasında hemşirelerin diğer çalışanlarla iletişimi ve görev tanımlarının belirlenmesine yönelik protokollerin geliştirilmesi önem kazanmaktadır.^[4]

Bu çalışma ülkemizde YBÜ’lerde ki hemşire-hekim iletişim düzeyinin ortaya konması amacıyla yapılacak kapsamlı araştırmanın bir basamağı niteliğindedir. Çalışmamızda İstanbul’deki YBÜ’lerde çalışan hemşirelerin birimlerindeki hekim-hemşire iletişimine ilişkin görüşleri ele alınmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikteki çalışmamızda İstanbul ili sınırları içindeki özel, devlet ve üniversite hastanelerinin reanimasyon, koroner, çocuk, cerrahi ve genel YBÜ’lerde çalışan 300 hemşireye 20 sorudan oluşan anket formu verilmiştir. İki yüz on beş hemşire formu uygun şekilde doldurup ankete katılmıştır. Anketten elde edilen veriler SPSS programında değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Veriler 2006 yılında toplanmıştır.

BULGULAR

Anket çalışmasına katılanların %39.3’ü (n=84) özel hastanede, %31.3’ü (n=67) devlet hastanesinde ve %29.4’ü (n=63) üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %30.2’si (n=65) reanimasyon, %26.5’i (n=57) koroner, %22.3 (n=48) genel, %11.2’si (n=24) çocuk ve %9.8’i (n=21) cerrahi yoğun bakım ünitelerinde görev almaktadır (Tablo I).

Çalışmaya katılan 215 yoğun bakım hemşiresinin ortalama yaşları 28.7 ± 5.8 , ortalama çalış-

ma yılları 7.8 ± 6.0 , yoğun bakımda çalışmakta oldukları ortalama süre ise 5.1 ± 4.7 ’dir. Yoğun bakım hemşirelerinin %54’ü (n=116) bekar, %46’sı (n=99) evlidir. Hemşirelerin %67.4’ünün (n=145) hiç çocuğu yok iken; %32.6’sının (n=70) çocuğu vardır. Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde %28.8’inin (n=62) sağlık meslek lisesi, %26’sının (n=56) önlisans, %41.4’ünün (n=89) lisans ve %3.7’sinin (n=8) lisansüstü eğitime sahip olduğu belirlenmiştir.

Çalıştıkları ünitelerde hekim sayısının yeterli olup olmaması ile ilgili soruya yanıt veren 197 hemşirenin 141’i (%71.6) hekim sayısının yeterli olduğunu, 56’sı (%28.4) yetersiz olduğunu belirtmiştir. On sekiz hemşire (%8.4) bu soruyu yanıtlamamıştır.

Çalıştıkları ünitelerde hemşire sayısının yeterli olup olmaması ile ilgili soruya yanıt veren 210 hemşirenin 45’i (%21.4) hemşire sayısının yeterli olduğunu, 165’i (%78.6) yetersiz olduğunu belirtmiştir. Beş hemşire (%2.3) bu soruyu yanıtlamamıştır.

Ankette yer alan “Çalıştığınız ünite de hangi görevlilerin yetki ve sorumlulukları yazılı olarak belirlenmiştir?” sorusunu hemşirelerin %3.7’si (n= 8) yanıtlamamış, diğer hemşirelerin yanıtları Şekil 1’de gösterilmiştir.

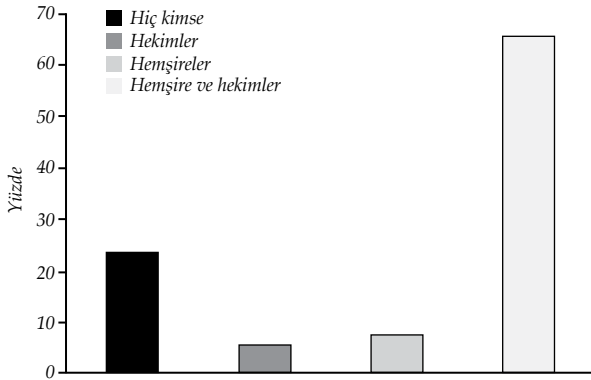
Hemşirelerin sorumlulukları dışında işler yapıp yapmadıklarını düşünmeleri ile ilgili soruyu 207 hemşire yanıtlamıştır. Bu hemşirelerin %74.4’ü (n=154) sorumlulukları dışında işler

TABLO I

Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma alanları

	Sayı	Yüzde
Çalıştıkları hastane		
Özel hastane	84	39.3
Devlet hastanesi	67	31.3
Üniversite hastanesi	63	29.4
Toplam	214*	100
Çalıştıkları ünite		
Reanimasyon	65	30.2
Koroner yoğun bakım	57	26.5
Genel yoğun bakım**	48	22.3
Çocuk yoğun bakım	24	11.2
Cerrahi yoğun bakım	21	9.8
Toplam	215	100

*: Bir kişi soruyu yanıtlamamıştır. **: Bazı sağlık kurumlarında, dahili-cerrahi yoğun bakım üniteleri “genel yoğun bakım” olarak isimlendirilmektedir.



Şekil 1. Çalıştığımız ünite de hangi görevlilerin yetki ve sorumlulukları yazılı olarak belirlenmiştir? sorusuna verilen yanıtlar (n=207)

yaptıklarını, %25.6'sı (n=53) yapmadıklarını belirtmektedir (Tablo II). Kendi sorumlulukları dışında ne tür işler yaptıkları ile ilgili soruya 102 kişi yanıt vermiştir. Bunlardan %61.8'i (n=63) hekimlerin, %52.9'u (n=54) yardımcı hizmetli grubunun ve %42.2'si (n=43) sekreterlerin yapması gereken işleri yaptıklarını belirtmişlerdir. Bir kişi birden fazla şık işaretlemiştir.

Hemşirelerin %56.7'si (n=122) çalıştıkları ünite de DNR (Do Not Resuscitate) kararı verildiğini, %40'ı (n=86) verilmediğini belirtmiştir. Hemşirelerin %3.3'ü (n=7) bu soruyu boş bırakmıştır. Do Not Resuscitate kararlarında hemşirelerin görüşlerinin alınıp alınmadığını sorgulayan soruyu 167 hemşire yanıtlamıştır. Bu hemşirelerin %68.9'sı (n=148) DNR kararlarında görüşlerinin alınmadığını, %7.9'u (n=17) görüşlerinin alındığını ve %0.9'u (n=2) bazen görüşlerinin alındığını belirtmiştir. Hemşirelerin %22.3'ü (n=48) bu soruya cevap vermemiştir (Tablo III).

Çalıştıkları birimlerde hekim-hemşire iletişiminin yeterli olup olmadığı ile ilgili soruya 210 hemşire yanıt vermiştir. Bunlardan %42.4'ü

TABLO II

Hemşirelerin sorumlulukları dışında işler yaptıklarını düşünme durumları

	Sayı	Yüzde
Sorumluluğu olmayan işi yaptığını düşünme		
Evet	154	74.4
Hayır	53	25.6
Toplam	207	100

(n=89) kısmen yeterli, %32.4'ü (n=68) yetersiz, %25.2'si (n=53) yeterli yanıtını vermiştir (Tablo IV). Hekim-hemşire iletişiminin yeterli olduğunu düşünme ile hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünme arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur. Çalıştıkları kurumda hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünen 44 kişinin %40.9'u (n=18) hekim-hemşire iletişimini yeterli bulurken, hemşire sayısının yetersiz olduğunu düşünen 161 kişinin %21.7'si (n=35) iletişimin yeterli olduğunu düşünmektedir.

Çalıştıkları birimlerde hekimlerle birlikte toplantı yapıp yapılmadığı ile ilgili soruya 204 hemşire yanıt vermiştir. Bu hemşirelerin %56.9'u (n=116) hekimlerle birlikte toplantı yapmadıklarını, %43.1'i de (n=88) toplantı yaptıklarını belirtmiştir. Hekimlerle birlikte toplantı yapıyorsa bunun sıklığı ile ilgili soruyu 68 hemşire yanıtlamıştır. Bu hemşirelerin %52.9'u (n=36) ayda bir, %17.7'si (n=12) 15 günde bir, %16.2'si (n=11) haftada bir ve %13.2'si de (n=9) yılda bir-iki defa toplantı yaptıklarını belirtmişlerdir.

Hekimlerle beraber ortak araştırmalar yapıp yapmadıkları ile ilgili soruyu 208 hemşire yanıtlamıştır. Bunların %81.2'si (n=169) yapmadıklarını, %18.8'i (n=39) yaptıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerle beraber ortak çalışmalar yaptığını söyleyen hemşirelerin dağılımı, çalıştıkları kuruma göre farklılık göstermektedir. Özel hastanelerde çalışan 81 hemşirenin %29.6'sı (n=24), devlet hastanesinde çalışan 65 hemşire

TABLO III

Hemşirelerinin çalıştıkları ünitelerde "DNR" kararı alınıp alınmadığı ve hemşirelerin görüşünün sorulup sorulmadığı sorularına verdikleri yanıtlar

	Sayı	Yüzde
DNR kararı		
Evet	122	56.7
Hayır	86	40.0
Yanıt vermeyen	7	3.3
Toplam	215	100
Hemşirelerin görüşü		
Hayır	148	68.8
Evet	17	7.9
Bazen	2	0.9
Yanıt vermeyen	48	22.3
Toplam	215	100

DNR: Do Not Resuscitate.

TABLO IV

Hemşirelerin hekim-hemşire iletişimi hakkındaki değerlendirmeleri

	Sayı	Yüzde
Hekim-hemşire iletişimi		
Yeterli	53	25.2
Kısmen yeterli	89	42.4
Yetersiz	68	32.4
<i>Toplam</i>	210	100

renin %12.3'ü (n=8) ve üniversite hastanesinde çalıştığını belirten 61 hemşirenin %11.5'i (n=7) hekimlerle beraber ortak çalışmalar yaptıklarını bildirmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Her alanda olduğu gibi YBÜ'lerde de çalışanların görev tanımlarının yapılarak, işlemlerin akış şemalarıyla düzenlenmesi: olası aksamaları azaltacak ve daha kaliteli hizmetin verilmesini sağlayacaktır. Bu organizasyonun iyi yapılması çalışanların iş memnuniyetlerini olumlu yönde etkileyecektir. ABD'de 837 yoğun bakım hemşiresiyle yapılan bir çalışmada, örgütsel iklimin çalışan memnuniyetini etkileyen en önemli faktör olduğu bildirilmiştir.^[6] Buna ek olarak yoğun bakım ünitelerinin uygun planlanması, tasarımı, ağır-ölümcül ve enfekte hastalar gibi özellikli hastalar için ayrı bölümlerin planlanması birimdeki verimliliği olumlu yönde etkilemektedir.^[7] Araştırmamızda; hemşirelerin %50.2'si çalışmakta oldukları YBÜ'lerde hemşire ve hekimlerin görev ve sorumluluklarının yazılı olarak belirlendiğini bildirmiştir. Birimde hemşire ve hekimlerin görev sorumlulukların yazılı olarak belirtilmesi ile hekimlerle iletişimi olumlu değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2=12.9$, $p=0.002$). Elde ettiğimiz bu sonuç çalışanların iş organizasyonunun ve iletişimin verimli çalışmayı etkilediğini belirten literatürle de uyumludur.^[6,7]

Hemşirelerin %61.8'i çalıştıkları ünite de hekimlerin işlerini yaptıklarını belirtmektedir. Bu sonucun yoğun bakımdaki hekim-hemşire iletişimini olumsuz etkileyen faktörlerden biri olması nedeni ile iş düzenini (örgütsel iklimi) etkilemektedir.^[6]

Hemşirelerin hekimlerle birlikte hangi konularda karar aldıkları ile ilgili soruya verilen

yanıtlar arasında; hemşirelerin %53.1'i hasta tedavisi, %30.1'i tedavi ve bakım ve %19.2'si ünite protokolleri seçeneklerini işaretlemiştir. Hastaya yönelik olarak çalışanların birlikte oluşturduğu tedavi ve bakım politikaları hemşire ve hekimlerin etkin çalışmasında ve iletişimlerinin olumlu olmasında önemli rol oynayacak ve karşılaşacakları sorunların çözümünde yardımcı olacaktır.^[8]

Günümüzde YBÜ'de çok yaygın bir şekilde kullanıldığı düşünülen DNR, bazen yalnızca kardiyopulmoner resusitasyonu, bazen de hastaya o an uygulanmakta olan tedavinin ötesinde daha invaziv girişimlerin engellenmesini kapsamaktadır.^[5,9] Araştırmamızda hemşirelerin %58.9'u çalıştıkları ünitelerde DNR kararı verildiğini ifade etmiştir. Yapılan bir çalışmada ankete katılan yoğun bakım hekimlerinin %40'ı meslek yaşamlarında birden çok DNR kararı verdiklerini belirtmişlerdir.^[10] Bu çalışmada hemşirelerin yalnızca %10.2'si yoğun bakım ünitesinde verilen DNR kararlarında görüşlerinin alındığını belirtmiştir. Bu oranın düşük olması YBÜ'de yaşanan iletişim bozukluğunun bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Yoğun bakım ünitesi ekibinin önemli üyeleri olarak hastayla en fazla zaman geçiren ve genellikle ölüm anında hastanın yanında ilk bulunan kişi olmaları nedeniyle yoğun bakım hemşirelerinin bu konu hakkındaki görüşü alınmalıdır. Hekimler, hasta ve hasta yakınları ile DNR kararları hakkında konuşurken hemşirelerde bu görüşmede yer almalıdırlar.^[11,12]

Yoğun bakım hemşirelerinin %56.9'u çalıştıkları birimde hekimlerle toplantı, %81.3'ü ise ortak araştırmalar yapmadıklarını belirtmektedir. Yoğun bakım çalışanları arasında iletişimi geliştirmek için; belirli aralıklarla düzenlenen bilimsel ve sosyal toplantılar, proje ve araştırmalar yapılmalıdır.^[8]

Hemşirelerin %32.4'ü çalıştıkları birimde hekim-hemşire iletişiminin yetersiz olduğunu, %42.4'ü kısmen yeterli olduğunu, %25.2'si yeterli olduğunu düşünmektedir. Günümüzde, tüm dünyada, özellikle hekim ve hemşireler arasında iletişim ve işbirliğinin yeterli olmadığını belirten birçok çalışma vardır.^[13,14]

Yapılan çalışmalar, hemşirelerin kişilerarası ilişkiler ve iletişim becerisi geliştirmesinin hem olumlu iş ortamı oluşturmada hem de hasta ve

hasta yakınları üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir.^[15,16]

Sağlık ekibinin temel üyelerinden olan hemşire ve hekimlerin aralarındaki iletişim, empati ve koordinasyon yeteneği arttıkça, kurum çalışanlarının memnuniyeti de artacaktır. Dolayısı ile sağlık kurumlarında yüksek düzeyde hizmet kalitesi gerçekleşecektir. Bunu gerçekleştirmek için iletişimin artırılmasına yönelik eğitimlere ağırlık verilmesi uygun olacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

- Yoğun bakım ünitelerinde insan gücü, fiziksel ortam ve araç-gereçlerin yeterli hale getirilmesi.
- Yoğun bakım çalışanlarının görev tanımlarının yapılarak yetki karmaşasının önlenmesi.
- Yoğun bakım ünitelerinde çalışanların; eğitimi, sorun çözme, karar verme ve proje çalışması ile ilgili toplantılarının belirli aralıklarla yapılması.
- Yoğun bakım hastaları ile ilgili verilen kararlarda hemşirelerin görüşlerine yer verilmesi.
- Hekim ve hemşirelerin, mesleki eğitimleri sırasında davranış bilimleri, ekip anlayışı ve etik ile ilgili konularının etkin olarak işlenmesi.

KAYNAKLAR

1. Puntillo KA, McAdam JL. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med* 2006;34(11 Suppl):S332-40.
2. Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L. Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *Qual Saf Health Care* 2006;15:4-8.
3. Iedema R, Sorensen R, Braithwaite J, Turnbull E. Speaking about dying in the intensive care unit, and its implications for multidisciplinary end-of-life care. *Commun Med* 2004;1:85-96.
4. McCauley K, Irwin RS. Changing the work environment in intensive care units to achieve patient-focused care: the time has come. *Am J Crit Care* 2006;15:541-8.
5. Dikmen Y. Yoğun bakımda hastadan desteği çekme ve etik ötanazi. In: Hatemi H, Doğan H, editörler. *Medikal etik*. Cilt III. 1. Baskı. İstanbul: Yüce Yayınevi; 2001. s. 35-41.
6. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, Pastor DK, Zwanziger J, Dick AW. Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: an instrumental variable approach. *Health Serv Res* 2007;42:1085-104.
7. Fridh I, Forsberg A, Bergbom I. End-of-life care in intensive care units: family routines and environmental factors. *Scand J Caring Sci* 2007;21:25-31.
8. Kutlu L. Yoğun bakım ünitelerinde sağlık ekibi üyeleri, hasta ve yakınlarıyla iletişim. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitim Notları. İstanbul; 2002.
9. Özkara E, Yavuz İC. Acil serviste ve genel hekimlik uygulamasında hasta otonomisi kavramının yansımaları. *Acil Tıp Dergisi* 2003;3:32-7.
10. Tepehan S. Yoğun bakım ve servislerde çalışan sağlık personelinin ötanaziye yaklaşımı. [Yüksek Lisans Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 2006.
11. Erkeköl FÖ, Numanoğlu N, Gürkan ÖU, Kaya A. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular *Toraks Dergisi* 2002;3:307-16.
12. Luce JM. Ethical principles in critical care. *JAMA* 1990;263:696-700.
13. Lancaster J. The perils and joys of collaborative research. *Nurs Outlook* 1985;33:231-2.
14. Alpert HB, Goldman LD, Kilroy CM, Pike AW. 7 Gryzmish: toward an understanding of collaboration. *Nurs Clin North Am* 1992;27:47-59.
15. Daniels TG, Denny A, Andrews D. Using micro-counseling to teach RN nursing students skills of therapeutic communication. *J Nurs Educ* 1988; 27:246-52.
16. Tutuk A, Al D, Doğan S. Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2002;6:36-41.

Yoğun Bakım Ünitelerinde Santral Venöz Kateterlerin Özellikleri ve Gelişen Komplikasyonların İncelenmesi

The Investigation of Characteristics and Complications of Central Venous Catheters in Intensive Care Units

Rahşan ÇAM, Yelda CANDAN DÖNMEZ, Fatma DEMİR

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12(1-2):17-22

Amaç: Santral venöz kateterlere bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar hastaların hastanede kalış sürelerini, maliyetlerini, mortalite ve morbidite oranlarını artırmaktadır. Bu çalışmada yoğun bakım ünitelerinde santral venöz kateterlerin özellikleri ve komplikasyonlarının incelenmesi planlanmıştır.

Çalışma planı: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın verileri 1 Nisan-18 Mayıs 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroşirürji, Kalp Damar Cerrahisi ve Genel Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan santral venöz kateterli 43 hasta (35 erkek, 8 kadın; ort. yaş 61; dağılım 42-80) oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan 41 soruluk veri toplama formu aracılığıyla yoğun bakım sorumlu hemşiresi ve gerektiğinde kateteri takan hekim ile görüşülerek toplanmıştır. Araştırma verileri SPSS 11.0 for windows programı kullanılarak sayı, yüzde ve ortalama olarak hesaplanmıştır.

Bulgular: Hastaların %30.2'sinde kateterin, sıvı durumunun yakın takibi ve dolaşım arresti sırasında periferik venlerin bulunmasının mümkün olmayışı nedeni ile takıldığı, %46.5'inde kateterin takılış yerinin subklaviyan ven olduğu, ilaç uygulamalarından önce heparinli flush verilmesine rağmen en sık görülen komplikasyonun tıkanma olduğu, kateterlerin hepsinin poliüretandan yapılmış olduğu, komplikasyon görülme oranının ise %11.6 olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda, santral venöz kateter komplikasyonlarını önlemeye yönelik uygulamaların büyük bir çoğunluğunun ulusal ve uluslar arası rehberlerin önerilerine uygun olarak yapıldığı saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yoğun bakım üniteleri; santral venöz kateter; komplikasyon.

Objectives: Complications associated with central venous catheters increase patients' length of stay, costs, morbidity and mortality. The aim of this study was to examine the characteristics of central venous catheters and related complications.

Methods: The data for this descriptive research were collected between April 1 and May 18, 2006. The research sample was comprised of 43 patients (35 males, 8 females; mean age 61 years; range 42 to 80 years) with central venous catheters in the Neurosurgery, Cardiovascular Surgery and General Surgery Intensive Care Units at Ege University Research and Practice Hospital. The data were collected by the researcher using a 41-question data collection form and by interviewing the intensive care unit charge nurses and, when necessary, the physician who inserted the catheter. Research data were analyzed using SPSS 11.0 for Windows Program to calculate number, percentage and means.

Results: It was determined that 30.2% of the patients' catheters were inserted to monitor fluid status and because a peripheral vein was not found during circulatory arrest. The site of insertion for 46.5% of the catheters was the subclavian vein. In spite of using heparin flush before administering medications, the most common complication was occlusion of the catheter. All of the catheters were polyurethane and the complication rate was 11.6%.

Conclusion: In this study, it has been determined that the practices for preventing complication of central venous catheter was consistent with recommendations of national and international guidelines.

Key Words: Intensive care units; central venous catheters; complications.

*Ulusal Cerrahi Kongresi'nde Poster olarak sunulmuştur (24-28 Mayıs 2006, Antalya).

(Çam, Araşt. Gör., Candan Dönmez, Demir, Yrd. Doç. Dr.) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

İletişim adresi: Rahşan Çam. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 35100 Bornova, İzmir.

Tel: 0232 - 388 11 03 / 132 Faks: 0232 - 388 63 74 e-posta: rahsany@mynet.com

Modern tıpta tedavi olanaklarının ve invazif metodların gelişmesiyle birlikte intravasküler girişimler ve kateter uygulamaları giderek artmıştır. Bu uygulamalardan biri olan santral venöz kateterler, özellikle sıvı replasmanı, parenteral beslenme, kan ve kan ürünleri transfüzyonu, ilaç uygulamaları ve hemodinamik izlem amacıyla santral vene yerleştirilen 6 cm'den uzun olan kateterlerdir.^[1] Başta yoğun bakım üniteleri olmak üzere yaygın kullanım alanı bulunmaktadır. Santral venöz kateterizasyon ciddi yanıklar, dolaşım durması, şok, daha önceki enjeksiyon ve infüzyonlar sonucu tromboze olmuş venler gibi periferik venlerin bulunmadığı acil durumlarda, uzun süreli ve güvenli bir venöz basınç ölçümü gerçekleştirilmede kullanılmaktadır.^[2] Ayrıca akut hemodiyaliz ve kemoterapi gibi uygulamalara olanak vermesiyle birlikte, gastrointestinal sistemle ilgili sorunlarda uzun süreli sıvı tedavisi ve total parenteral beslenmenin zorunlu olduğu hastalarda tercih edilmektedir. Kateterlerin yoğun olarak kullanımı ile birlikte birçok yeni sorunlar ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırmalar santral venöz kateter uygulamalarının pek çok avantajı yanında önemli komplikasyonlarının da olduğunu göstermiştir. Santral venöz kateterlere bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar hastaların hastanede kalış sürelerini, maliyetlerini, mortalite ve morbidite oranlarını arttırmaktadır. Bu çalışmada santral venöz kateter özellikleri ve komplikasyonları incelenmiştir.^[3-5]

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın verileri 1 Nisan-18 Mayıs 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroşirürji, Kalp Damar Cerrahisi ve Genel Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan santral venöz kateterli 43 hasta (35 erkek; 8 kadın; ort. yaş 61; dağılım 42-80) oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan 41 soruluk veri toplama formu aracılığıyla yoğun bakım sorumlu hemşiresi ve gerektiğinde kateteri takan hekim ile görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama formu hastanın sosyodemografik verileri ile tanısı, tedavisi, kateterin tipi, kateterin takılış şekli, kateterin bakımı, kateter komplikasyonları ve kateterin çıkarılış nedenlerine ilişkin verileri kapsamaktadır. Araştırma verile-

ri SPSS 11.0 for windows programı kullanılarak sayı, yüzde ve ortalama olarak hesaplanmıştır.

BULGULAR

Tablo 1 incelendiğinde, hastaların %81.6'sının erkek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda %41.9 oranında kalp hastası bulunduğu ve kalp hastalıklarının sıklıkla erkeklerde görüldüğü düşünüldüğünde bu sonucumuzun doğal olduğu söylenebilir. Hastaların %23.3'ünün kanser tanısı almış oldukları belirlenmiştir. Hastaların %60.5'inin kalp damar cerrahisi, %34.9'unun genel cerrahi ve %4.7'sinin beyin cerrahisi yoğun bakım ünitelerinde yattıkları belirlenmiştir. Hastaların %95.3'ünün antibiyotik, %100'ünün izotonik sıvı, %62.7'sinin inotropik ajan, %32.5'inin TPN tedavisi aldıkları saptanmıştır.

Tablo 2 incelendiğinde, %32.6'sında sıvı durumunun yakın takibinin gerekli olması, %30.2'sinde hem sıvı durumunun takibi hem de dolaşım arrestinde periferik venlerin bulunmasının mümkün olmadığı durumlarda santral kateter uygulandıkları belirlenmiştir. Kateterin takılması tüm hastalar için elektif koşullarda gerçekleşmiştir. Kateterlerin %83.7 gibi büyük bir çoğunluğu ameliyathane ortamında takıl-

TABLO I

Hastalara ilişkin tanımlayıcı veriler

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	8	18.4
Erkek	35	81.6
Hastanın tanısı		
Koroner arter hastalığı	15	34.9
Kapak hastalığı	3	7.0
Kanser	10	23.3
Siroz	2	4.7
Diğer	13	30.2
Yattığı yoğun bakım ünitesi		
Genel cerrahi	15	34.9
Kalp damar cerrahisi	26	60.5
Beyin cerrahisi	2	4.7
Hastanın tedavileri		
Antibiyotik	41	95.3
İzotonik sol.	43	100
İnotropik ajanlar	27	62.7
TPN sol.	14	32.5
<i>Toplam</i>	43	100

muştır. Kateterlerin %100'ü geçici olarak uygulanmıştır. Kateterlerin lümen sayılarına bakıldığında %81.4'ünün üç lümenli, 18.6'sının beş lümenli olduğu görülmüştür. Kateterin yapıldığı materyal %100'ünde poliüretandır. Kateterin yerinin %46.5 subklaviyan vende, %30.2 external juguler vende, %23.3 internal juguler vende takılı olduğu belirlenmiştir. Hastaların tümünde kateter, perkütanöz yerleştirme biçimi ile takılmıştır. Çalışmamızda kateterlerin büyük bir çoğunluğunun ameliyathane ortamında takılmasına bağlı olarak %88.4 gibi büyük bir oranda kateteri takan hekimlerin anestezi uzmanı oldukları saptanmıştır.

TABLO II**Kateterin özelliklerine ilişkin veriler**

	Sayı	Yüzde
Kateterin endikasyonu		
Periferik IV yolun kullanılmaması	3	7.0
Sıvı durumunun yakın takibi	14	32.6
Dolaşım arresti nedeniyle periferik yolun bulunamaması	8	18.6
Sıvı durumunun yakın takibi + dolaşım arresti nedeniyle periferik yolun bulunamaması	13	30.2
Diğer	5	11.6
Kateterin takılma koşulu		
Elektif	43	100
Kateterin takıldığı yer		
Yoğun bakım ünitesi	7	16.3
Ameliyathane	36	83.7
Kateterin tipi		
Geçici	43	100
Kateterin lümen sayısı		
Üç lümenli	35	81.4
Beş lümenli	8	18.6
Kateterin materyali		
Poliüretan	43	100
Kateterin yeri		
Subklaviyan ven	20	46.5
Eksternal juguler ven	13	30.2
İnternal juguler ven	10	23.3
Kateterin takılma şekli		
Perkütan yerleştirme	43	100
Kateteri takan hekim		
Kalp damar uzmanı/asistanı	5	11.6
Anestezi uzmanı	38	88.4
<i>Toplam</i>	43	100

Tablo 3 incelendiğinde, kateterin hastalarda %53.4 oranında 1-5 gün arası, %9.3 oranında ise 15 günün üzerinde takılı kaldığı saptanmıştır. Kateterlerin %88.4'ünde kateterde komplikasyon görülmemiştir. Kateterde gelişen komplikasyonlar incelendiğinde, %2.3'ünde enfeksiyon, %9.3'ünde tıkanma meydana geldiği belirlenmiştir. Hastaların hiçbirinden kültür alınmadığı görülmektedir. Kateterlerin, %34.9'unun ilaç tedavisi, %32.5'inin beslenme, %32.5'inin santral venöz basınç ölçümü, %4.7'sinin kan alma amaçları için kullanıldıkları bulunmuştur. Kateterlerin %62.8'inde kateter kullanılmadan önce akciğer grafisinin çekildiği ancak kateter çıkarıldıktan sonra hiçbir hastada akciğer

TABLO III**Kateter enfeksiyonuna ilişkin veriler**

	Sayı	Yüzde
Kateterin kalış süresi		
1-5 gün arası	23	53.4
5-10 gün arası	12	27.9
10-15 gün arası	4	9.3
15 gün üzeri	4	9.3
Kateterde komplikasyon gelişme durumu		
Evet	5	11.6
Hayır	38	88.4
Kateterde gelişen komplikasyon		
Enfeksiyon	1	2.3
Tıkanma	4	9.3
Kateterden kültür alma		
Hayır	43	100
Kateterin kullanılma durumu		
İlaç tedavisi	15	34.9
Beslenme	14	32.5
Santral venöz basınç ölçümü	14	32.5
Kan alma	2	4.7
Kateterin kullanımından önce akciğer grafisi çekilme durumu		
Çekiliyor	27	62.8
Çekilmiyor	16	37.2
Kateter çıkarıldıktan sonra akciğer grafisi çekilme durumu		
Çekilmiyor	43	100
Kateterin çıkarılma nedeni		
Tedavi tamamlandığı için	36	83.7
Komplikasyona bağlı	5	11.6
Süresi dolduğu için	2	4.7
<i>Toplam</i>	43	100

grafisinin çekilmediği saptanmıştır. Kateterin çıkarılma nedenleri incelendiğinde, %83.7'sinin tedavisi tamamlandığı, %11.7'sinde komplikasyon geliştiği, %4.7'sinin süresi dolduğu için çıkarıldıkları belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4 incelendiğinde, %100'ünde lipid solüsyonlardan sonra 24 saatte bir yine %100'ünde kan ve kan ürünlerinin kullanımından sonra dört saatte bir literatüre uygun olarak kateter bağlantılarının değiştirildiği saptanmıştır. Kateterde bulunan üçlü muslukların %100'ünün 24 saatte bir değiştirildiği belirlenmiştir. Kateterlerin %60.5'inde kateter bakımı günde iki kez, %39.5'inde günde bir kez yapıldığı tespit edilmiştir. Kateterlerin %95.3 gibi büyük bir çoğunluğun bakımının povidon-iyot solüsyonu ile yapıldığı belirlenmiştir. Kateterlerin %69.8'inde steril gazlı

bez ve dreyp, %30.2'sinde steril gazlı bez ve flaster kullanıldığı belirlenmiştir. Kateterlerin %37.5'inde katetere uygulanan manipülasyon sayısının (tedavi uygulamaları, kateter bakımı vb.) 20'nin üzerinde, %32.5'inde 15-20 arasında, %25.5'inde 10-15 arasında, %4.7'sinde 5-10 arasında olduğu saptanmıştır. Hastaların %97.6'sında vücudunun başka bir bölgesinde enfeksiyonu olmadığı bulunmuştur.

TARTIŞMA

Hastaların büyük bir çoğunluğunun erkek olmasını (%81.6) çalışmamızda kalp hastalarının sayısının fazla olmasına ve bu hastalıkların erkeklerde daha sık olarak görülmesine bağlayabiliriz. Hastaların %30.2'sinde kateterin, sıvı durumunun yakın takibi ve dolaşım arresti sırasında periferik venlerin bulunmasının mümkün olmayışı nedeni ile takıldığı belirlenmiştir. Bu durum hastaların büyük bir çoğunluğunun kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatmalarına bağlı olabilir. Kalp damar ameliyatları sırasında dolaşım arresti gibi komplikasyonlar sık görüldüğü ve ameliyat sonrası dönemde sıvı takibinin oldukça önemli olduğu literatürde yer almaktadır.^[5]

Kateterin planlı olarak takılması istenen bir durumdur. Çalışmamızdaki olgularda bütün kateterlerin takılma koşulunun planlı olmasının enfeksiyon oluşumunu azaltmada etkin bir rol oynadığını düşündürmektedir.

Literatürde kateterdeki lümen sayısı arttıkça enfeksiyon oranının artacağı belirtilmiştir.^[1] Bu çalışmada enfeksiyon gelişen olgudaki lümen sayısının üç olduğu göz önüne alındığında sonucun literatürle uyumlu olmadığı görülmüştür. Gürbüz ve ark.^[6] yaptıkları bir çalışmaya göre lümen sayısı ile enfeksiyon arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yine yapılan bazı çalışmalarda lümen sayısı arttıkça enfeksiyon insidansının da arttığı görülmüştür.^[7]

Literatürde santral venöz kateterlerin takılmaları sırasında steril önlük, maske, bone, eldiven ve büyük steril örtü örtülerek takılmasının enfeksiyonları azalttığı belirtilmektedir.^[3,4,8] Buna karşın çalışmamızda kateter takılırken steril eldiven ve örtü kullanıldığı ancak maske, bone ve önlük giyilmediği belirlenmiştir.^[9]

Kateterin en az iki yıllık asistan tarafından uzman gözetiminde takılması da literatü-

TABLO IV

Kateter bakımına ilişkin veriler

	Sayı	Yüzde
Kateter bağlantılarının değişimi		
Lipid solüsyonlarda 24 saatte bir	43	100
Kan ve kan ürünlerinde 4 saatte bir	43	100
Propofol solüsyonlarda 24 saatte bir	26	65.5
Setteki üçlü muslukların değişimi		
72 saatte bir	43	100
Kateter bakımının sıklığı		
Günde bir kez	17	39.5
Günde iki kez	26	60.5
Kateter bakımında kullanılan solüsyon		
Povidon-iyot	41	95.3
Klorheksidin	2	4.7
Kateter bakımında kullanılan pansuman materyali		
Steril gazlı bez + Dreyp	30	69.8
Steril gazlı bez + Flaster	13	30.2
Katetere uygulanan manipülasyon sayısı		
5-10 arası	2	4.7
10-15 arası	11	25.5
15-20 arası	14	32.5
20 üzeri	16	37.2
Hastanın başka bir bölgesinde enfeksiyon varlığı		
Var	1	2.3
Yok	42	97.6
Toplam	43	100

re uygun bulunmuştur.^[3,8,10,11] Kolonizasyonda, kateteri takan kişinin tecrübesinin önemli olduğu bilinmektedir. Prager ve Silva kateter enfeksiyonunda en önemli risk faktörünün kateterizasyon süresi olduğunu bildirilmiştir. Gürbüz ve ark.^[6] yaptığı çalışmada da kateterizasyon süresinin uzaması ile enfeksiyon riskinin arttığı belirlenmiştir. Bu gibi sebeplerle kateteri uygulayan kişinin bu konuda deneyimli olması ya da kateter takmayı yeni öğrenen kişilerin, eğitilmiş ve yetkin kişilerin gözetiminde kateter takmaları önerilmektedir.^[6,11]

Çalışmamızda %46.5 oranında kateterin takılış yerinin subklaviyan ven olduğu görülmektedir. Santral venöz kateterizasyon uygulamalarında subklaviyan vene yapılan girişimlerde juguler ven ya da femoral vene yapılan girişimlere oranla daha düşük enfeksiyon gelişme riski vardır.^[12]

Literatürde kateter bakımında antiseptik olarak klorheksidin ve povidon-iyot solüsyonları önerilmektedir.^[13,14] Araştırmanın yapıldığı hastanede büyük bir çoğunlukla povidon-iyot solüsyonunun kullanıldığı saptanmıştır. Son on yılda 4143 kateterde yapılan bir meta analiz çalışmasında, klorheksidinin povidon-iyoda karşı katere bakımında enfeksiyon riskini yarıya indirdiği belirlenmiştir.^[9]

Çalışmamızda ilaç uygulamalarından önce heparinli flash verilmesine rağmen en sık görülen komplikasyonun tıkanma olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle heparin flash uygulamalarının (sıklık ve doz) yeniden gözden geçirilmesi ve daha büyük örneklem grubu üzerinde tekrar edilmesi önerilebilir.

Yapılan araştırmalarda ve literatürde poliüretandan yapılan kateterlerde enfeksiyon oranının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda da kateterlerin hepsinin poliüretandan yapılmış olması enfeksiyon oluşumunu önlemede etkin rol aldığını düşündürülebilir. Öztürk ve Leblebicioğlu'nun^[13] yaptığı çalışmada poliüretan ve teflon kateterler kullanıldığında daha az komplikasyon geliştiği saptanmıştır.^[8,15]

Yoğun bakım ünitelerinden ikisinde kateterin ilk kez kullanılması durumunda akciğer grafisinin çekilmediği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda özellikle mekanik komplikasyonların önlenmesi açısından uygulama öncesi mutlaka akciğer grafisinin çekilip kateterin uygun yerde

olduğundan emin olunduktan sonra kullanılması gerektiği önerilmektedir.^[16]

Literatüre bakıldığında bağlantı setlerinin ideal değiştirilme sıklığının 24-48 saat arasında olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızdaki kateter bağlantılarının solüsyonların cinsine göre değiştirilme sıklığına bakıldığında literatürle paralellik gösterdiği belirlenmiştir.^[9,11,16]

Ovayolu ve ark.^[12] çalışmasında santral venöz kateterlere bağlı komplikasyon görülme oranı %14.2 olarak bulunmuştur. Ancak bizim çalışmamızda bu oranın %11.6 olarak bulunması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Santral venöz kateterler kritik hastaların tedavi ve bakımında önemli yer tutmaktadır. Sağlık bakım çalışanlarının kanıta dayalı uygulamalara uyumunun arttırılmasıyla görülebilecek enfeksiyonların azaltılabileceği bilinmektedir. Çalışmamızda, santral venöz kateter enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamaların büyük bir çoğunluğunun ulusal ve uluslararası rehberlerin önerilerine uygun olarak yapıldığının saptanması sevindirici bir sonuçtur. Ancak çalışmanın daha büyük bir örneklem grubunda gerçekleştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Dikiş D. Vasküler kateter enfeksiyonların önlenmesinde hemşirenin rolü. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 2001;5:255-61.
2. Seneff MG. Central venous catheters. In: Irwin RS, Rippe JM, Curley FJ, Heard SO, editors. Procedures and techniques in intensive care medicine. Boston: Little Brown & Company; 1995. p. 15-36. Senef MG. Santral venöz kateterler. Çeviri editörü: Büyükkıdan Yelken B. Yoğun bakımda girişimler ve teknikler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005. p. 17-32.
3. Theaker C. Infection control issues in central venous catheter care. Intensive Crit Care Nurs 2005;21:99-109.
4. Leblebicioğlu H. Santral ve periferik venöz kateter ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 2004;8:101-7.
5. Şahinoğlu H. Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. Ankara: Türkiye Klin Yayınevi; 1992.
6. Gürbüz P, Ağalar C, Usubütün S, Türkyılmaz R. SSK Ankara Eğitim Hastanesi'ndeki intravasküler kateter enfeksiyonu etkenleri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Klimik Derg 1999;12:69-72.
7. Özgüven V. Kateter enfeksiyonları ve sepsis. I. Ulusal Hastane İnfeksiyonları Kongresi; 11-14 Nisan 2002, Ankara: Hastane İnfeksiyonları Derneği; 2002. s. 40-3.
8. Ulusoy S, Akan H, Arat M, Baskan S, Bavbek S, Çakar N, ve ark. Damar içi kateter enfeksiyonlarının önlenmesi kılavuzu. Hastane İnfeksiyonları Dergisi

- 2005;9:Ek1.
9. Rickard CM, Courtney M, Webster J. Central venous catheters: a survey of ICU practices. *J Adv Nurs* 2004;48:247-56.
 10. Tilton D. Central venous access device infections in the critical care unit. *Crit Care Nurs Q* 2006;29:117-22.
 11. Damar İçi kateter infeksiyonlarının önlenmesi kılavuzu. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 2005;9:Ek 1.
 12. Ovayolu N. Coşkun Güner İ. Karadağ G. Santral venöz kateter uygulanan hastalarda uygulama öncesi ve sonrası alınan önlemlerin belirlenmesi. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı; 22-26 Ekim 2003, Kuşadası: Ege Üniversitesi Basımevi; 2003. s. 207-18.
 13. Öztürk R, Leblebicioğlu H. Nozokomiyal damar içi kateter infeksiyonları ve kontrolü. *Aktüel Tıp Dergisi* 2002;7:41-53.
 14. Gül H. Çok Lümenli kateterler ve hemşirelik yaklaşımları. *Hastane İnfeksiyonları Kongresi*; 11-14 Nisan 2002, Ankara: Hastane İnfeksiyonları Derneği; 2002. s. 33-7.
 15. Yılmaz GR. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonlarının azaltılmasında eğitim programının etkisi. *Yoğun Bakım Dergisi* 2002;2:141-4.
 16. Şahin N. Hemodiyaliz hastalarında subklaviyan ve femoral kateter uygulamasında hemşirenin rolü. *Çınar Dergisi* 1998;4:1-4.

Yoğun Bakım Hemşireliği ve Zaman Yönetimi

Intensive Care Nursing And Time Management

Derya ÖZCANLI, Seda İLGÜN

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12(1-2):23-25

Zaman diğer kaynaklardan farklı olarak; satın alınamayan, ödünç verilemeyen, depolanamayan, çoğaltılamayan bir kaynaktır. Zaman yönetimi, zaman faktörü göz önünde bulundurularak, kaynakların etkin kullanımı demektir. Böylelikle, bireyler amaçlarını etkin bir şekilde gerçekleştirirler. Hemşirelerin zamanlarını yönetme biçimlerinin hasta bakımının etkinliği üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Yoğun bakım hemşireliği kritik hastaların tedavi ve bakımıyla ilgilendiğinden; zaman yönetimi stratejilerinin yoğun bakım hemşireliğinde kullanılması oldukça önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Yoğun bakım hemşireliği; zaman yönetimi.

Günlük hayatımızda üzerinde fazla düşünmediğimiz zaman kavramı aslında anlaşılması, açıklanması çok zor bir kavramdır. Zaman, önüne geçilemez bir şekilde, sabit bir hızla akıp giden ve tüm bireylerin eşit şekilde sahip olduğu önemli ve soyut bir değerdir. Çalışma hayatında zaman, üretilemeyen, geri dönüşümü olmayan, sürekli olarak tüketilen, depolanamayan dolayısıyla iyi kullanılması gereken bir kaynaktır.^[1-3]

Zaman kültürel ve psikolojik boyutları olan bir kavramdır. Eğer bir çalışma sırasında kendinizi doğrudan konuya verebilmişseniz, huzurlu bir ortamda severek ve isteyerek çalışıyorsanız zaman göreceli olarak çabuk geçer. Buna karşılık kaygılı bir bekleyiş içinde olduğunuzda; zaman asırlar kadar uzun algılanır. Zaman; (i) objektif zaman, (ii) subjektif zaman ve (iii) yönetsel zaman olmak üzere üç şekilde tanımlanabilir. Objektif zaman saatle ölçülebilen zamandır. Subjektif zaman ise hissedilebilen ya da algıla-

Time is not like other resources, because it can not be bought, sold, stolen, borrowed, stored, saved, multiplied or changed. All it can be done is spent. Time management means the effective use of resources, including time, in such a way that individuals are effective in achieving important personal goals. With the increasing emphasis on efficiency in health care, how a nurse manages her time is an important consideration. Since intensive care nursing is focused on the care and treatment of critically ill patients, utilization of time management strategies in intensive care is rather important.

Key Words: Intensive care nursing; time management.

nan zamandır. Yönetsel zaman ise yöneticilerin bakım faaliyetleri dışında yönetsel çalışmalara ayırdıkları zaman olarak tanımlanmaktadır.^[4,5]

Zaman yönetimi; başlangıcı ve bitişi belirlenmiş belli bir zaman dilimi içerisinde, yapılması gereken iş ve eylemleri tanımlanmış amaçların gerçekleştirilmesine yönelik olarak tüm kaynakları etkin ve verimli kullanmaktır. Zamanın yönetilmesi önemli bir sorundur. Çünkü zaman üretim ve tüketim kaynağı olarak görülmektedir. Zaman yönetiminin amacı, bireylerin ve özellikle de yöneticilerin zamanlarını verimli ve etkin bir şekilde kullanmalarını sağlayabilmektir.^[2,5,6]

Zaman yönetiminde ilk yapılması gereken amaç ve hedefleri netleştirmek, öncelikleri belirlemek bu doğrultuda kısa, orta ve uzun vadeli planlar yapmaktır. Zamanı yönetimi kavramının özünde, zamanın değerini bilme ve zamanı iyi kullanma kavramları yatmaktadır.^[1,7]

Zaman yönetimi için bazı önemli noktalar şunlardır:

- Hedeflerin belirlenmesi.
- Önceliklerin belirlenmesi.
- Hayır diyebilmek.
- Olumlu ve geliştirilmesi gereken yönlerin saptanması.
- Masanın düzene sokulması.
- Zaman tuzaklarının belirlenmesi ve önlenmesi.
- Kararların hızlı verilmesi.
- İşlerin bir kısmını devretmek.
- Günlük ve haftalık planların yapılması.
- Teknolojideki yeniliklerden yararlanmak.^[8]

Zamanın kullanımını olumsuz olarak etkileyen ve engelleyen faktörlere ise zaman tuzakları denilmektedir. Bunlar:

- Plansızlık.
- Öncelikleri belirleyememek ve sıralayamamak.
- İşleri ertelemek.
- Kendini gereğinden fazla işe adamak.
- Acelecilik.
- Kırtasiyecilik ve verimsiz okuma.
- Rutin ve gereksiz işler.
- Açık kapı politikası (hayır diyememek).
- Gereksiz telefonlar.
- Gündemsiz ve verimsiz toplantılar.
- Kararsızlık.
- Yetki verememek.
- Dağınık masa ve büro düzenidir.^[9]

Başarılı zaman yönetimi, normal olarak yapmak üzere başladığımız her işin yerine getirilmesi için gerekli olan zamanın planlanması ve o zaman dilimi içinde işlerin etkin bir şekilde gerçekleşmesi demektir. Zaman yönetimi, yanlış işleri hızlı yapmak değildir. Amaç doğru işleri kısa zamanda yapmaktır. Zaman kolaylıkla kontrol edilemez, biz sadece kendimizi ve kendi zamanımızı kullanmayı yönetebiliriz. Zaman yönetiminde başarı, ertesi güne devre-

dilen işlerden çok bu gün yerine getirdiğimiz doğru işlere bağlıdır.^[10]

Yoğun bakım hemşireliği; yoğun bakıma hasta kabulünü, hastalara gerekli tedaviyi uygulamayı, hastaya uygun medikal uygulamayı başlatmayı (suni beslenme gibi), hastanın durumunu takip etmeyi, resüsitasyon ve diğer acil durumlarda doktoru asiste etmeyi gerektiren bir sağlık disiplini.^[11]

Yoğun bakım ya da kritik bakım veya literatürde yer aldığı gibi yoğun ve kritik bakım hemşireliği çok özel eğitimleri, uygulamaları, araştırmaları ve araştırma sonuçlarından yararlanmayı gerekli kılan bir hemşirelik alanıdır. Yoğun bakımlarda esas ilke, hasta yaşamının sürdürülmesidir. Yoğun bakım hemşireleri CARE kelimesinde yer alan harflerin her birinin anlamı doğrultusunda hemşirelik aktiviteleri düzenlenmelidir.

CARE : Clinical (Klinik)

: Administrati ve (Yönetim)

: Research (Araştırma)

: Education (Eğitim)

CARE kelimesinin açılımında yukarıda belirtildiği gibi; klinikte ya da yoğun bakımda hasta bakımının uygulanması, yönetilmesi, araştırılması, hasta ve yakınlarının eğitilmesi yanında hemşirenin de eğitilmesi yer almaktadır.^[12]

Yoğun bakım hemşireleri; başka bölümde görevli hemşirelerden daha fazla sorumluluk duygusu taşımalı, dikkatli bir gözlemci olmalı, hastanın durumunda en ufak bir değişikliği anında anlayabilmeli ve rapor edebilmeli, acil durumlarda hızlı karar alıp uygulayabilmeli, hastanın moralini ve rahatını en üst düzeyde tutabilmeli, psikolojik yönden yoğun bakıma hazır olmalı, eğitime açık olmalı, kendini yenilemeli, kendi bakımına dikkat etmeli, CARE'nin anlamına uygun çalışabilmeli, değişime açık olmalı ve değişim ajanı olabilmelidir.^[12]

Yoğun bakım hemşirelerinin taşıması gereken özelliklerine bakıldığında zaman yönetiminin her boyutu ile hemşirelik fonksiyonlarının içinde olduğunu görülmektedir. Zamanı yönetmek için; hedefleri belirleyip, öncelikleri belirlemek, zamanı planlamak, aşırı bilgi yüklenmenin önüne geçmek, zaman kaybettiren gereksiz işleri belirlemek, başkalarının yapabileceği işle-

ri onlara devretmek, işleri ertelemenin ya da ihmal etmenin üstesinden gelmek gerekir.^[13]

Hemşirelerin zamanlarını yönetme biçimlerinin hastanın iyileşme süreci üzerindeki etkisi önem kazanmaktadır. Hemşirelik mesleğinde zaman yönetimi ve görev analiziyle ilgili deneysel araştırmaların yetersiz olması, bu araştırma sonuçlarından yeterince yararlanılmaması hemşirelikte önemli bazı bakım alanlarının ortaya çıkarılması önünde ciddi engeller oluşturmaktadır. Bu araştırmaların incelenmesi hemşirelerin görev alanlarının tanımlanmasını sağlamakla birlikte hemşireler bunu görmezden gelmekte ve yeterince önemsememektedirler. Bu inceleme ve değerlendirmeler hemşirelik işlevlerinin görünmez boyutlarının vurgulanmasında bilhassa çok önemlidir.^[14]

SONUÇ

Yoğun bakım hemşireleri yoğun iş temposu ve bitmeyen koşuşturmaların arasında zamanlarını nasıl organize edebileceklerini ya da nereden başlayabileceklerini kestiremeyebilir. Oysa, günümüzde zaman yönetimi artık bir gereklilik olmakta ve zamanı etkili ve verimli bir şekilde kullanmayı öğrenmek önem kazanmaktadır. Zaman yönetimi başta yöneticiler olmak üzere tüm personel tarafından dikkate alınmalı ve zaman kaybına neden olabilecek davranışlar saptanarak bu davranışlar sonlandırılmalı ve zamanı daha iyi değerlendirebilecek alışkanlıklar edinilmelidir. Unutulmamalıdır ki, zamanı planlamaya ayıracağımız süre her durumda kaybedeceğimiz zamandan çok daha kısa olacaktır. Zamanın yönetimi ek çalışma ve zaman gerektiren bir faaliyet gibi algılanmamalıdır. Yönetilemeyen zaman,

üretim kayıplarına yol açacaktır.^[7,10] Özellikle, yoğun bakım ünitelerinde etkin şekilde yönetilemeyen zaman hastanın iyileşme sürecinde olumsuzluklara neden olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Hayran O. Zaman yönetimi. In: Hayran O, Sur H, editörler. Sağlık işletmelerinde yönetim. 1. Baskı. Ankara: Sayed Yayınları; 2005. s. 196-206.
2. Akatay A. Örgütlerde zaman yönetimi. Available from: http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/makaleler%5CAyten%20AKATAY%5C281-300.pdf
3. Zaman yönetimi. Available from: <http://www.rehberlikportali.com>
4. Erdem R, Kaya S. Zaman yönetimi. Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi 1998;7:99-120.
5. Ulusoy İT. Zaman yönetimi ve yönetici açısından zaman yönetiminin araştırması. [Doktora Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi; 1996.
6. Uğur A. Çalışma hayatında zaman yönetimi. Anahtar Dergisi 2000;12:18-22.
7. Uyer G. Zaman yönetimi. Available from: <http://www.medimagazin.com.tr/mm-zaman-yonetimi-ky-50432.html>
8. Gökpınar H. Zaman yönetimi. Available from: <http://www.projeyonetimi.com/downloads/mak19.pdf>
9. Mentеш İA. İş disiplini ve zaman yönetimi. Available from: http://www.bsm.gov.tr/sunu/docs/Egitim_aday_is_disiplini.ppt
10. Leblebici Ö. Zaman yönetimi. Available from: <http://www.mcozden.com>
11. International hazard datasheets on occupation. Available from: http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cis/products/hdo/htm/nurse_intensive.htm
12. Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkelere. Gülhane Tıp Dergisi 2002;44:475-9.
13. Gümüşeli Aİ. Etkili zaman yönetimi teknikleri. www.merkez.ube.ege.edu.tr
14. Waterworth S. Time management strategies in nursing practice. J Adv Nurs 2003;43:432-40.

Yoğun Bakım Hemşireliği ve Zaman Yönetimi

Intensive Care Nursing And Time Management

Derya ÖZCANLI, Seda İLGÜN

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12(1-2):23-25

Zaman diğer kaynaklardan farklı olarak; satın alınamayan, ödünç verilemeyen, depolanamayan, çoğaltılamayan bir kaynaktır. Zaman yönetimi, zaman faktörü göz önünde bulundurularak, kaynakların etkin kullanımı demektir. Böylelikle, bireyler amaçlarını etkin bir şekilde gerçekleştirirler. Hemşirelerin zamanlarını yönetme biçimlerinin hasta bakımının etkinliği üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Yoğun bakım hemşireliği kritik hastaların tedavi ve bakımıyla ilgilendiğinden; zaman yönetimi stratejilerinin yoğun bakım hemşireliğinde kullanılması oldukça önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Yoğun bakım hemşireliği; zaman yönetimi.

Günlük hayatımızda üzerinde fazla düşünmediğimiz zaman kavramı aslında anlaşılması, açıklanması çok zor bir kavramdır. Zaman, önüne geçilemez bir şekilde, sabit bir hızla akıp giden ve tüm bireylerin eşit şekilde sahip olduğu önemli ve soyut bir değerdir. Çalışma hayatında zaman, üretilemeyen, geri dönüşümü olmayan, sürekli olarak tüketilen, depolanamayan dolayısıyla iyi kullanılması gereken bir kaynaktır.^[1-3]

Zaman kültürel ve psikolojik boyutları olan bir kavramdır. Eğer bir çalışma sırasında kendinizi doğrudan konuya verebilmişseniz, huzurlu bir ortamda severek ve isteyerek çalışıyorsanız zaman göreceli olarak çabuk geçer. Buna karşılık kaygılı bir bekleyiş içinde olduğunuzda; zaman asırlar kadar uzun algılanır. Zaman; (i) objektif zaman, (ii) subjektif zaman ve (iii) yönetsel zaman olmak üzere üç şekilde tanımlanabilir. Objektif zaman saatle ölçülebilen zamandır. Subjektif zaman ise hissedilebilen ya da algıla-

Time is not like other resources, because it can not be bought, sold, stolen, borrowed, stored, saved, multiplied or changed. All it can be done is spent. Time management means the effective use of resources, including time, in such a way that individuals are effective in achieving important personal goals. With the increasing emphasis on efficiency in health care, how a nurse manages her time is an important consideration. Since intensive care nursing is focused on the care and treatment of critically ill patients, utilization of time management strategies in intensive care is rather important.

Key Words: Intensive care nursing; time management.

nan zamandır. Yönetsel zaman ise yöneticilerin bakım faaliyetleri dışında yönetsel çalışmalara ayırdıkları zaman olarak tanımlanmaktadır.^[4,5]

Zaman yönetimi; başlangıcı ve bitişi belirlenmiş belli bir zaman dilimi içerisinde, yapılması gereken iş ve eylemleri tanımlanmış amaçların gerçekleştirilmesine yönelik olarak tüm kaynakları etkin ve verimli kullanmaktır. Zamanın yönetilmesi önemli bir sorundur. Çünkü zaman üretim ve tüketim kaynağı olarak görülmektedir. Zaman yönetiminin amacı, bireylerin ve özellikle de yöneticilerin zamanlarını verimli ve etkin bir şekilde kullanmalarını sağlayabilmektir.^[2,5,6]

Zaman yönetiminde ilk yapılması gereken amaç ve hedefleri netleştirmek, öncelikleri belirlemek bu doğrultuda kısa, orta ve uzun vadeli planlar yapmaktır. Zamanı yönetimi kavramının özünde, zamanın değerini bilme ve zamanı iyi kullanma kavramları yatmaktadır.^[1,7]

Zaman yönetimi için bazı önemli noktalar şunlardır:

- Hedeflerin belirlenmesi.
- Önceliklerin belirlenmesi.
- Hayır diyebilmek.
- Olumlu ve geliştirilmesi gereken yönlerin saptanması.
- Masanın düzene sokulması.
- Zaman tuzaklarının belirlenmesi ve önlenmesi.
- Kararların hızlı verilmesi.
- İşlerin bir kısmını devretmek.
- Günlük ve haftalık planların yapılması.
- Teknolojideki yeniliklerden yararlanmak.^[8]

Zamanın kullanımını olumsuz olarak etkileyen ve engelleyen faktörlere ise zaman tuzakları denilmektedir. Bunlar:

- Plansızlık.
- Öncelikleri belirleyememek ve sıralayamamak.
- İşleri ertelemek.
- Kendini gereğinden fazla işe adamak.
- Acelecilik.
- Kırtasiyecilik ve verimsiz okuma.
- Rutin ve gereksiz işler.
- Açık kapı politikası (hayır diyememek).
- Gereksiz telefonlar.
- Gündemsiz ve verimsiz toplantılar.
- Kararsızlık.
- Yetki verememek.
- Dağınık masa ve büro düzenidir.^[9]

Başarılı zaman yönetimi, normal olarak yapmak üzere başladığımız her işin yerine getirilmesi için gerekli olan zamanın planlanması ve o zaman dilimi içinde işlerin etkin bir şekilde gerçekleşmesi demektir. Zaman yönetimi, yanlış işleri hızlı yapmak değildir. Amaç doğru işleri kısa zamanda yapmaktır. Zaman kolaylıkla kontrol edilemez, biz sadece kendimizi ve kendi zamanımızı kullanmayı yönetebiliriz. Zaman yönetiminde başarı, ertesi güne devre-

dilen işlerden çok bu gün yerine getirdiğimiz doğru işlere bağlıdır.^[10]

Yoğun bakım hemşireliği; yoğun bakıma hasta kabulünü, hastalara gerekli tedaviyi uygulamayı, hastaya uygun medikal uygulamayı başlatmayı (suni beslenme gibi), hastanın durumunu takip etmeyi, resüsitasyon ve diğer acil durumlarda doktoru asiste etmeyi gerektiren bir sağlık disiplini.^[11]

Yoğun bakım ya da kritik bakım veya literatürde yer aldığı gibi yoğun ve kritik bakım hemşireliği çok özel eğitimleri, uygulamaları, araştırmaları ve araştırma sonuçlarından yararlanmayı gerekli kılan bir hemşirelik alanıdır. Yoğun bakımlarda esas ilke, hasta yaşamının sürdürülmesidir. Yoğun bakım hemşireleri CARE kelimesinde yer alan harflerin her birinin anlamı doğrultusunda hemşirelik aktiviteleri düzenlenmelidir.

CARE : Clinical (Klinik)

: Administrati ve (Yönetim)

: Research (Araştırma)

: Education (Eğitim)

CARE kelimesinin açılımında yukarıda belirtildiği gibi; klinikte ya da yoğun bakımda hasta bakımının uygulanması, yönetilmesi, araştırılması, hasta ve yakınlarının eğitilmesi yanında hemşirenin de eğitilmesi yer almaktadır.^[12]

Yoğun bakım hemşireleri; başka bölümde görevli hemşirelerden daha fazla sorumluluk duygusu taşımalı, dikkatli bir gözlemci olmalı, hastanın durumunda en ufak bir değişikliği anında anlayabilmeli ve rapor edebilmeli, acil durumlarda hızlı karar alıp uygulayabilmeli, hastanın moralini ve rahatını en üst düzeyde tutabilmeli, psikolojik yönden yoğun bakıma hazır olmalı, eğitime açık olmalı, kendini yenilemeli, kendi bakımına dikkat etmeli, CARE'nin anlamına uygun çalışabilmeli, değişime açık olmalı ve değişim ajanı olabilmelidir.^[12]

Yoğun bakım hemşirelerinin taşıması gereken özelliklerine bakıldığında zaman yönetiminin her boyutu ile hemşirelik fonksiyonlarının içinde olduğunu görülmektedir. Zamanı yönetmek için; hedefleri belirleyip, öncelikleri belirlemek, zamanı planlamak, aşırı bilgi yüklenmenin önüne geçmek, zaman kaybettiren gereksiz işleri belirlemek, başkalarının yapabileceği işle-

ri onlara devretmek, işleri ertelemenin ya da ihmal etmenin üstesinden gelmek gerekir.^[13]

Hemşirelerin zamanlarını yönetme biçimlerinin hastanın iyileşme süreci üzerindeki etkisi önem kazanmaktadır. Hemşirelik mesleğinde zaman yönetimi ve görev analiziyle ilgili deneysel araştırmaların yetersiz olması, bu araştırma sonuçlarından yeterince yararlanılmaması hemşirelikte önemli bazı bakım alanlarının ortaya çıkarılması önünde ciddi engeller oluşturmaktadır. Bu araştırmaların incelenmesi hemşirelerin görev alanlarının tanımlanmasını sağlamakla birlikte hemşireler bunu görmezden gelmekte ve yeterince önemsememektedirler. Bu inceleme ve değerlendirmeler hemşirelik işlevlerinin görünmez boyutlarının vurgulanmasında bilhassa çok önemlidir.^[14]

SONUÇ

Yoğun bakım hemşireleri yoğun iş temposu ve bitmeyen koşuşturmaların arasında zamanlarını nasıl organize edebileceklerini ya da nereden başlayabileceklerini kestiremeyebilir. Oysa, günümüzde zaman yönetimi artık bir gereklilik olmakta ve zamanı etkili ve verimli bir şekilde kullanmayı öğrenmek önem kazanmaktadır. Zaman yönetimi başta yöneticiler olmak üzere tüm personel tarafından dikkate alınmalı ve zaman kaybına neden olabilecek davranışlar saptanarak bu davranışlar sonlandırılmalı ve zamanı daha iyi değerlendirebilecek alışkanlıklar edinilmelidir. Unutulmamalıdır ki, zamanı planlamaya ayıracağımız süre her durumda kaybedeceğimiz zamandan çok daha kısa olacaktır. Zamanın yönetimi ek çalışma ve zaman gerektiren bir faaliyet gibi algılanmamalıdır. Yönetilemeyen zaman,

üretim kayıplarına yol açacaktır.^[7,10] Özellikle, yoğun bakım ünitelerinde etkin şekilde yönetilemeyen zaman hastanın iyileşme sürecinde olumsuzluklara neden olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Hayran O. Zaman yönetimi. In: Hayran O, Sur H, editörler. Sağlık işletmelerinde yönetim. 1. Baskı. Ankara: Sayed Yayınları; 2005. s. 196-206.
2. Akatay A. Örgütlerde zaman yönetimi. Available from: http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/makaleler%5CAyten%20AKATAY%5C281-300.pdf
3. Zaman yönetimi. Available from: <http://www.rehberlikportali.com>
4. Erdem R, Kaya S. Zaman yönetimi. Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi 1998;7:99-120.
5. Ulusoy İT. Zaman yönetimi ve yönetici açısından zaman yönetiminin araştırması. [Doktora Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi; 1996.
6. Uğur A. Çalışma hayatında zaman yönetimi. Anahtar Dergisi 2000;12:18-22.
7. Uyer G. Zaman yönetimi. Available from: <http://www.medimagazin.com.tr/mm-zaman-yonetimi-ky-50432.html>
8. Gökpinar H. Zaman yönetimi. Available from: <http://www.projeyonetimi.com/downloads/mak19.pdf>
9. Menteş İA. İş disiplini ve zaman yönetimi. Available from: http://www.bsm.gov.tr/sunu/docs/Egitim_aday_is_disiplini.ppt
10. Leblebici Ö. Zaman yönetimi. Available from: <http://www.mcozden.com>
11. International hazard datasheets on occupation. Available from: http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cis/products/hdo/htm/nurse_intensive.htm
12. Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkelere. Gülhane Tıp Dergisi 2002;44:475-9.
13. Gümüşeli Aİ. Etkili zaman yönetimi teknikleri. www.merkez.ube.ege.edu.tr
14. Waterworth S. Time management strategies in nursing practice. J Adv Nurs 2003;43:432-40.

Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar

Psychosocial Problems in Critical Care Patients

Özden DEDELİ, Asiye DURMAZ AKYOL

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12(1-2):26-32

Kronik hastalıklar, hem bireyler ve hem de aileleri için sonuçların olumsuz etkilenmesine neden olan olaylardır. Kronik bir hastalığın ağrı ve kanama gibi dayanılmaz derecede acı veren, yaşamı tehdit eden fiziksel semptomlarının yanı sıra anksiyete, suçluluk, öfke, uyku yoksunluğu ve spiritüel distress gibi psikolojik yanıtlar da eklenmektedir. Bu psikolojik yanıtlar, fiziksel semptomları daha da kötüleştirebilir. Yoğun bakım hemşiresinin, birey ve ailesine kronik bir hastalığın sonuçları ile baş etmede rehber olabilmesi için, ciddi bir hastalığın psikolojik ve fiziksel stresörlerle ilişkisini yorumlayabilme becerisine sahip olması gereklidir. Ayrıca, yoğun bakım hemşiresi, ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik yanıtlara yönelik hemşirelik yönetimi ile olumlu fiziksel iyileşmeye de katkısı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Yoğun bakım hastası; psikososyal sorunlar; uyku; hemşirelik yönetimi.

Critical illness is a dramatical event for the individuals and the family. Life-threatening physical symptoms of critical illness, such as excruciating pain and hemorrhage, are coupled with dramatic and overwhelming psychological responses, such as fear, anxiety, guilt, anger, sleep deprivation and spiritual distress. Psychological responses can exacerbate the physical symptoms. The interrelationships between psychological and physiological stressors and responses in the midst of critical illness should be well understood by the critical care nurse in order to help both patients and families cope with the situation. Furthermore, effective nursing management of physiological and psychological responses can contribute to physiological healing as well.

Key Words: Critical care patient; psychosocial problems; sleep; intensive care unit syndrome; nursing management.

Yoğun bakım üniteleri, en ciddi tıbbi ve cerrahi hastalığı olan hastalara mümkün olan en ileri teknoloji ile bakım sağlayan birimlerdir. Belki de bunun bir sonucu olarak, bu birimler hastaların hem fiziksel hem de psikososyal açıdan bir çok stresörle karşılaştığı ortamlar olarak kabul edilmektedir (Tablo I).^[1] Bu stresörlere hastanın yanıtı tıbbi tanı, prognoz, kültür, sosyal destek, aile ilişkileri, yaş, cinsiyet, gelişim düzeyi, mental durum, baş etme mekanizmaları gibi bireysel farklılıklara bağlıdır.^[1,2] Bireyin kendisini ve diğer kişilerle olan ilişkilerini algılaması, spiritüel değerleri, sosyal rollerinde kişisel yeterliliği stres ve hastalığa yanıtının etkilemesinde büyük bir rol oynar. Fiziksel

hastalıklar, travma, cerrahi girişimlerin stres etkisi benlik kavramında rahatsızlıklara neden olabilir (Tablo II).^[1,2]

Öfke

Bireyin önceden geçirdiği yoğun bakım deneyimleri, uyku yoksunluğu, uyaran fazlalığı veya uyaran yoksunluğu, kontrol kaybı, güçsüzlük gibi pek çok durum hastalar ve aile bireylerinin öfke duyguları ve davranışlarının dışı vurulmasına katkıda bulunur. Öfke, bireyin algıladığı potansiyel hasar ve tehdiye karşı emosyonel bir savunmadır. Varolan ve potansiyel kayıplar öfkenin dışı vurulmasına yol açabilir. Hastanın varolan durumundaki kayıpları,

(Dedeli, Öğretim Gör.) Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa; (Akyol, Doç. Dr.) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

İletişim adresi: Özden Dedeli, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, İstasyon Mevkii, 45020 Manisa.
Tel: 0232 - 390 34 76 / 132 Faks: 0232 - 323 57 84 e-posta: ozdendedeli@yahoo.co.uk

hastalıklar yüzünden şekil bozukluğu ya da yetersizlik, vücut fonksiyonu ya da ekstremite-tenin kaybı, bireyin önceki yaşamındaki kayıpları algılamada farklılaşmalarda etkili olabilir. Yoğun bakımdaki hastalar anksiyete ve hüsrana öfke ile yanıt verirler.^[1]

İçselleşmiş öfke, kan basıncında artma, gastrik sekresyonlarda artma gibi fizyolojik sonuçlara da katkıda bulunabilir. Hasta öfkesini dışa vuramıyorsa, deprese olabilir. Bu durumda hemşire, depresyonu gösteren davranışları gözlemlemelidir. Depresyonun gözlenebilen bazı semptomları bireyin ilgisinin azalması, memnuniyetsizlik, karar vermede güçlük, (tıpkı kendini iyi hissetmede başarısız olmuş kişiler gibi) paniklemiş ya da suisid fikirlerine sahip olabilir. Öfke, gözlenebilen ve gözlenemeyen duygusal ve davranışsal yanıtlar olarak ortaya çıkabilir (Tablo III).^[1]

Hemşire ilk olarak öfkenin kaynağını tanımlamada hastaya yardım etmelidir. Hemşire hastanın öfkesine izin vermeli, öfkeyi açığa vurmak için uygun yollar tanımlamada hastaya yardım etmelidir. Hemşire, öfkenin normal bir yanıt olduğuna ve sağlıklı bir baş etme ile kontrol edilebileceği konusunda aileyi bilgilendirmelidir.^[1]

Anksiyete

Anksiyete, kişinin değer sistemi ya da güvenlik örüntüsüne spesifik veya belirli olmayan bir tehdide karşı otonom sinir sistemi aktive olması sonucunda yaşanan belirsiz bir huzursuzluk ve endişe duygusudur. Anksiyete, bütün mental hastalıklarda en belirgin durumdur. Anksiyete semptomları, tanımlanmış erken biyolojik stres yanıtlarına paraleldir. Anksiyetenin yüksek olması, bireyin algılamalarının yanında, sorun çözme ve baş etme becerilerini de kaybetmesine neden olabilir. Akut veya kronik bir hastalık, var olan ya da olası bir kayıpla karşılaşma, hastaneye yatma, stresörler ve bireyin psikososyal durumu strese yanıtı belirleyici faktörlerdir. Ağrı toleransı ve ağrının algılanması ile anksiyete düzeyi arasında dönüşümlü bir ilişki vardır. Kişi hastalık ve şiddetli ağrı deneyimlediğinde anksiyete duygusunu kontrol etmek için var olan bütün enerjisini zorlar ve ruhsal durumuna yoğunlaşır. Birey, çabuk uyarılma, iritabilite, öfke ve şiddet sergileme, tetikte olma, bakım verenlerden sakınma ya da bağım-

lı olma davranışlarında bulunabilir. Hastanın var olan düşünceleri ve hastanın anksiyete nedenlerini tanımlamada hemşire çok önemli bir rol üstlenir. Anksiyetenin yönetiminde, hastanın anksiyetesine biyokimyasal ya da genetik faktörlerin neden olup olmadığı, kriz veya acil bir durumda uygulanan tedavinin etkiliği, tedavi ve bakımı sekonder olarak etkileyebilen riskler gibi hastanın anksiyete düzeyini etkileyen bütün faktörler ele alınmalıdır.^[2-4]

Güçsüzlük

Yaşam şeklini, amaçlarını, bakış açısını etkileyen/değiştiren belirli durumlar ve olaylar üzerine kişisel kontrolünün olmadığını algılayan bir bireydeki durumdur.^[3] Yoğun bakım ünitesindeki hastalar, sıklıkla güçsüzlük hissederler. Yoğun bakım ünitesindeki çevre, bu güçsüzlük hissine katkıda bulunur. Kritik hastalığı olan bir hasta, hastalık süreci üzerinde kontrol kaybı hissedebilir. Hastalığın neden olduğu, bireyin günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve çevresi üzerine kontrol kaybını, yoğun bakım ünitesine yatışı daha da artırır. Hasta olduğu için, birey normal vücut fonksiyonları üzerinde kontrol

TABLO I

Yoğun bakım ünitelerindeki stresörler^[1]

Fiziksel

- Oral/nazal tüpler
- Ağrı/rahatsızlık
- Açlık/susuzluk
- Ventilatör kullanılması
- Uyku yoksunluğu
- İğne stikler
- Dispne/nefesinin ani kesilmesi
- Sakın

Fizyolojik

- Hareketsizlik, kısıtlılık
- Sık muayene/dokunulma
- İletişim güçlüğü
- Kontrol kaybı
- Eş/aileyi özleme
- Konfüzyon
- Can sıkıntısı

Çevresel

- Konforsuz yataklar
- Odanın çok sıcak/çok soğuk olması
- Devamlı ışık ve gürültü
- Mahremiyet eksikliği
- Hoş olmayan kokular, sesler, gürültüler

TABLO II

Yoğun bakım hastalarının stresörlere yanıtları^[1,2]

Fiziksel
Vital bulgularda değişimler (HT, takipne, taşikardi)
Disritmi
Dispne
Terleme
Anoreksi
Bulantı
Boşaltım biçimlerinde değişimler
Ağrı ↑
Huzursuzluk ve uykusuzluk
Sirkadiyen ritimde değişme
Fizyolojik
Öfke
Anksiyete
Korku
Güçsüzlük
Ümitsizlik
Spiritüel distress
Yoğun bakım sendromu (YBS)
Çevresel
Artmış uyarılma
Uyarılmada azalma
YBÜS

HT: Hipertansiyon; YBÜS: Yoğun bakım ünitesi sendromu.

kayıbı yaşayabilir. Hasta için, solunum fonksiyonu ventilatör, boşaltım fonksiyonu foley kateter anlamına gelebilir. Banyo ve yemek yeme gibi temel aktiviteler hekim, hemşire veya yardımcı sağlık personelinin kontrolindedir. Sıklıkla hastalar, yiyebilmek için yetersizdir ve enteral ve ya parenteral beslenme yolu ile nutrisyonel destek alırlar. Beslenme desteği ile beraber hasta banyo, dönebilme ve diğer normal yaşamsal aktivitelerini yerine getirmek için hemşireye veya yardımcı sağlık personeline bağımlıdır. Tedavinin yapılma zamanı ve aile ziyaretleri gibi diğer alanlarda da hasta kontrol kaybı yaşar. Hastanın potansiyel prognozu ve durumuyla ilgili bilgi eksikliği vardır. Hasta, durumu ve prognozu hakkında yeterli bilgisi olmadığından öleceğini ya da takılan tedavi araçlarının vücudunda kalacağını düşünebilir. Hastalar güçsüzlük hissettiğinde öfke, kızgınlık, karar verme eksikliği, kadercilik, boyun eğme, geri çekilme, apati gibi belirli davranışlar gösterebilir. Her bir hasta bu davranışların farklı birleşimlerini gösterebilir. Hastalar sıklıkla korkmuş, anksiyeteli, engellenmiştir. Önceleri

TABLO III

Öfkede kolayca gözlenemeyen duygular ve davranışsal yanıtlar^[1]

Kolayca gözlenemeyen ama önemli olan öfke duyguları
Utanma
Yorgunluk
Korku
Suçluluk
Küçük düşme
İncinme
Güvensizlik
Kontrol yoksunluğu
Kayıp
İnkar
İncinme olasılığı
Öfkenin davranışsal yanıtları
Yumruk ya da dişlerini sıkma
Vurgulu ya da kesik kesik konuşma
Yüz kızarması
Kaş çatma
Açığa vurulan hostilitite
Hızlı ya da düzensiz solunum
Bağırma
Sessizlik
Parmaklarını bükme, çekme, vurma

kendi yapabildiği aktiviteleri ve kararları, şimdi başkaları tarafından yapılmaktadır. Bu engellemeler depresyon, öfke, hostilitite, geri çekilmeye yol açabilir. Hemşire, hastaya bazı kontrolleri yeniden kazandırarak hastanın kontrol kaybını azaltmaya yardımcı olabilir. Hasta için zararlı değilse, hemşire verilen tedaviyi hastanın seçmesine izin verebilir. (Örneğin, hasta fizik tedavisinin sabah ya da öğleden sonra olmasına karar verebilir. Geçmiş olsun kartları ve resimler gibi hastanın kişisel eşyalarının yerine hastanın karar vermesine izin verilebilir). Yoğun bakım hemşiresinin en önemli sorumluluklarından biri, prognoz, tedavi seçenekleri hakkında bilgi sağlayarak hastanın karar vermeye katılımını teşvik etmektir.^[1,2]

Ümitsizlik

Sorunları çözmek ya da istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifin ya da kişisel tercihin/seçeneğin olmadığını düşünen, kendi adına amaçlar oluşturmak için enerjisini kendi kendine harekete geçiremeyen bir bireyde var olan subjektif emosyonel bir durumdur. Her

kronik ve/veya terminal hastalık ümitsizliğe neden olabilir/ümidi etkileyebilir. Fizyolojik durumun giderek daha çok bozulması, yeni ve beklenmedik belirti ve bulguların ortaya çıkması, uzun süreli ağrı, fonksiyonel yeteneklerde bozulma, tedaviler, uzun süren ve olumlu sonuç vermeyen tedaviler, beden imgesini bozan durumlar, yaşam destek araçlarına uzun süre bağımlı kalma, aile bireylerinden ayrılma, uzun süren psikolojik ve fizyolojik streslere maruz kalma ümitsizliğe neden olan ilişkili faktörlerdir. Hemşire bireyin inanç destek sistemlerini (kişiler, dinsel aktivite, dua etme) değerlendirip tanımalı, ümitli anlardan ümitsiz yönleri ayırarak, ümitsiz yönleri nasıl ele alacağını öğretmeli, kişinin içsel kaynaklarını tanımlayıp harekete geçirerek, spiritüel ifadeyi teşvik eden bir ortam yaratmalıdır.^[1-3]

Spiritüel distres

Yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlık yaşayan bireydeki durumdur. Bir beden parçası ya da fonksiyonun kaybı, terminal hastalık, gittikçe kötüleşen, güçsüz bırakan hastalık, ağrı, travma, yaralanma, ilaç tedavileri, yoğun bakım kısıtlamaları, mahremiyetin/özel yaşamın olmamasına bağlı spiritüel distress gelişebilir. Birey yaşamın, ölümün, acı çekmenin anlamını sorgular, inanç sisteminin güvenilirliği sorgular, inançları hakkında ambivalan duyguları vardır, Tanrı'ya öfke duyar, yaşamak için bir nedeni olmadığını fark eder, manevi bir boşluk duygusu hisseder. Hemşire, hastaya çeşitli spiritüel inanç ve uygulamaları kabul ettiğini iletmeli, önyargısız bir tutumda olduğunu göstermeli, sağlığı için sakıncası olmayan spiritüel ritüellerini yerine getirmesi için cesaretlendirmeli (spiritüel sınırlamalara uygun bir diyet, spiritüel lider ziyareti, spiritüel okuma), birey kendi şüphelerini, suçluluk duygularını ya da diğer olumsuz duygularını ifade ettiği zaman hemşire, ulaşılabilir ve istekli olmalıdır.^[2,3]

Uyaran yokluğu/fazlalığı

Yoğun bakım ünitesindeki hastalar, uyaran yoksunluğu ile de karşılaşır. Uyaran yoksunluğu, anlamlı uyaran alımının miktarında bir azalmadır. Bir çok birimde yer-zaman oryantasyonunu sürdürmeye yardımcı olan pencere, saat ve takvim az veya yetersiz sayıda bulunur. Sürekli gürültü, ışık, teknik terimler, hastaya

tanıdık olan bütün kişilerin yokluğu, uyaran yoksunluğuna katkıda bulunur. Hastalar onlara aşına çevreler, kokular, tatlar, sesler, alışkın olduğu dokunmalardan yoksun bırakılır. Hastanın çevresindeki her şey farklı ve yabancıdır, hasta da alışık olduğu çevreyi, evini ve ailesini özler.

Sürekli gürültü ve ışık uyaran yoksunluğuna katkıda bulunmasına rağmen uyaran fazlalığına da katkıda bulunur. Yalnızca anlamlı uyaran eksikliği değil, hasta için uyaran fazlalığı da vardır. Uyaran fazlalığı, hastanın normalden daha yüksek düzeyde iki ya da daha fazla uyarı ile karşılaşmasıdır. Uyaran fazlalığı, bir zamanda hastanın birden çok karşılaştığı ve böylece konfüzyona neden olan uyarıları da içerir. Benzer olmayan devamlı konuşma sesleri de bu konfüzyona eklenir. Hastaneye yatırılan yaşlı bireylerin %50'sinde konfüzyon geliştiği tahmin edilmektedir. Bununla beraber başlangıcı yavaş ve uzun süren demansta geri dönüşüm olmayabilir. Hastaneye yatan bütün tıbbi ve cerrahi hastaların yaklaşık %10 ila %15'i deliryum semptomları deneyimler. Biyolojik sorunlar ve çevredeki stresörler sonucunda konfüzyon düzeyinde artış olabilir.^[1-4]

Uyku yoksunluğu

Uyku; bilinç düzeyinin geriye dönüşlü değişiklikler gösterdiği, fiziksel aktivitelerin en alt düzeyde ve uyarıların algı eşiğinin yüksek olduğu ve periyodik süreç gösteren bir dönemdir. Uykuya geçme ve uykunun sürmesi aktif bir süreçtir ve karmaşık nörofizyolojik, biyokimyasal düzenekleri içerir. Genellikle kısa bir uyanıklık döneminden sonra uykuya geçilmektedir.^[5-8] Bireysel olarak değişiklik göstermekle birlikte erişkin birey için uyku gereksinimi ortalama 7-8 saattir. Uyku için en düşük sınır beş saattir.^[5-8] Uykunun süresinin yanı sıra nitelik ve niceliği de çok önemlidir. Uykunun niteliği uyku evrelerinin tam olarak yaşanması, niceliği ise toplam bireysel uyku zamanını etkileyen (yaş, cinsiyet, hastalıklar, çevre, fiziksel faaliyetler, emosyonel durum, ilaçlar, alkol ve uyarıcılar ve beslenme gibi) etmenleri içermektedir.^[6-9] Uyku sadece yorgunluğa bir yanıt değildir. Uykunun zamanı ve derinliği, birbirini etkileyerek belirleyen kompleks bir gruptur.^[10]

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilen hastaların en iyi bilinen sorunu, bireysel uyku gereksinimlerinin karşılanmasında başarısız

olunmasıdır. Uyku yoksunluğu, yoğun bakım ünitesindeki çoğu hastada uzamış morbidite, daha güç rehabilitasyon ve konfüzyonun ana nedeni olan başlıca sorundur. Bir çok çalışma, yoğun bakım ünitesindeki hastalar bütün bir uyku döngüsünde nadiren uyduğunu ve çoğunlukla uykunun birinci devresinde sık sık uyandığını göstermektedir. Böylece, yoğun bakım ünitesindeki hastaların hem uyku derinliği ve hem de REM uykusunda ciddi eksikliklere sahip olduğunu göstermiştir. Bu durumun da gün boyunca, toplam uyku süresinin %40'ında meydana geldiği bildirilmiştir.^[1,2]

Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilen hastalar gece-gündüz sürekli bakım, vital fonksiyonların takip edilmesi gereken ve ciddi bir hastalığı olan kişilerdir ve monitörle saatte bir kontrol edilmesinin ve terapötik prosedürlerin hastaları rahatsız ettiği gösterilmiştir. Bir çok çalışma, yoğun bakımların bir çoğunda, önerilen normların çok üzerindeki düzeylerde gürültü olduğunu göstermiştir. Yoğun bakım ünitesinde yüksek seviyede gürültünün en bilinen kaynağı aletler ve personellerden birinin diğeri ile iletişimidir.^[1,2,9]

Uyuyan bir bireyin uyanması için gerekli gürültü düzeyi bireyin yaşı, uyku düzeyi ve uyuyan kişinin çevresine alışık olup olmadığına bağlıdır. Yüksek gürültü düzeyi bireyi uyandırmaya bile uyku kalitesini etkiler. Gece, uyku laboratuvarında yoğun bakım ünitesindeki gibi gürültü düzeyine maruz bırakılan normal bireylerin REM uyku periyodunun her ikisinin de daha kısa ve daha az olduğu gösterilmiştir. Bununla beraber, hastaların zamanla uyanıklığını arttıran duyma eşiği arttığından hastalar gürültüye alışmaktadır. Işık, gündüz ritmi için temeldir ve kuvvetli ışık uykunu dağılmasında direk etkiye sahiptir. Melatonin, biyolojik saat ve uyku-uyanıklık döngüsünün düzenlenmesinde önemli bir rol oynar. Yoğun bakım ünitesinde, hem gece bakım rutinleri ve ışıklar hem de yüksek seviyede gürültü varlığı hastaların, uyku-uyanıklık döngüsünü bozmuş olabilir. Yoğun bakım ünitesinde dört günden daha uzun süredir yatmakta olan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunda gece melatonin düzeylerinde normal olarak artış meydana gelmediğini ve dinlenme sırasında melatonin düzeylerinin anormal olduğunu bildirmiştir.

Yoğun bakım hastalarının, hastalıklarının şiddeti ve yoğun bakım ünitesi ortamı hakkındaki korku ve anksiyete deneyimleri hastalıklarının ciddiyetini ve uyku yoksunluğunu pekiştirmektedir. Yoğun bakım ünitesindeki bazı hastalar tekrar uyanamamaktan korktukları için uykuya dalmaktan da korktukları bildirilmiştir. kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve myokard infarktüsü gibi ciddi hastalık durumlarının, normal uyku döngüsünü bozan başlıca durumlar olduğu görülmüştür. Büyük cerrahi girişim bazen ciddi uyku bozukluğunu ortaya çıkaran bir neden olabilir. Cerrahi girişimler, uyku bozukluğunun derecesi üzerine önemli etkiye sahip olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Yoğun bakım ünitesinde, uyku bozukluğunun en yaygın nedenlerinden biri de ağrıdır ve yoğun bakım hastalarının %21'i, uykularını ağrının bozduğunu belirtmişlerdir.^[11-15]

Hemşire, yoğun bakım ünitesindeki hastaların uyku ve değişik tıbbi tedaviler arasındaki ilişkisini anlamalıdır. Yoğun bakım hastasının uykusu, yaş, patofizyolojik durumlar, ilaçların emilim ve absorpsiyonu, hastanın hastalığıyla baş etme durumu, sağlığını sürdürme yeteneklerinden büyük ölçüde etkilenebilir.^[1,2]

Uyku sorunları, kronik ağrı, kanser, kardiyopulmoner ya da böbrek hastalıkları, ameliyat sonrası iyileşme, major depresyon, Alzheimer ve Parkinson gibi bir çok hastalık ve yoğun bakım ünitesine yatma nedeniyle bildiği çevreden ayrılma, bilmediği işlemlere maruz kalma, kontrol ve mahremiyetinin kaybı, gürültü, uyku saatlerine rastlayabilen bakım ve tedavi işlemleri, sirkadiyen ritimde bozulma, biyolojik süreçlerde değişim, yaşlılık, stres, aktivite azlığı, ilaçların yan etkileri gibi durumlar nedeniyle meydana gelebilmektedir. Yoğun bakım hastası, bir yandan ciddi bir hastalığın kendinde oluşturduğu fiziksel etkilerle baş etmeye çalışırken bir yandan uyku yoksunluğunun getirebileceği fizyolojik ve mental yetersizliklere maruz kalacaktır.^[9-12]

Yoğun bakım hastalarında, uykunun nitelik ve niceliğini olumlu yönde etkileyecek hemşirelik uygulamaları şu şekilde planlanabilir.^[1-12]

- Sakin ve dinlendirici bir çevre hazırlanır.
- Işık ve gürültü engellenerek loş ve sakin bir ortam yaratılır.

- Telefonun sesi kısılır.
- Telefon görüşmeleri için sınır koyulur.
- Ses çıkarmayan kauçuk altlı ayakkabı giyilir.
- Ekibin diğer üyeleri ile tedavi planı yapılarak, hastanın, uykunun dördüncü devresi ve REM uykusunu uyuması sağlanır (bölünmeden en az 1.5 saat uyuması).
- Hastanın uyku saatinde sadece zorunlu hemşirelik işlemleri yapılır.
- Görevlilerin alçak sesle konuşmaları sağlanır.
- Hastanın vücut temizliği sağlanır.
- Yatağın düzgün, temiz ve kuru olması sağlanır.
- Adalelerin gevşemesi için gevşemesi ve rahatlığı sağlayıcı pozisyon verilir.
- Tedavi edici masaj uygulanır.
- Ağrısı olan hastalarda ağrının giderilmesi için analjezik, sıcak ve soğuk uygulamalar yapılır.
- Gece lambası kullanılabilir.
- Çağırma zilini ulaşılabilir şekilde yerleştirilir.
- Hastaya nasıl yardımcı olunacağı konusunda rahatlatıcı bilgi verilir.
- Hastanın tüp, sonda, dren vb. bağlantıları olduğunda hareket konusunda rahatlatıcı açıklama yapmak ve hastanın dönmesine izin verecek uzunluklarda olması sağlanır.

Yoğun bakım sendromu

Yoğun bakım sendromu (YBS) yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilen hastalarda meydana gelen ve entelektüel fonksiyonlarda bozulmayı içeren akut beyin sendromu olarak tanımlanmıştır. Yoğun bakım sendromunun gelişiminde önemli olan üç faktör vardır. Bunlardan ilki ve en önemlisi metabolik bir defektin eşlik ettiği organik bir hasarın bulunmasıdır, ancak burada hastalığın gelişmesi ve süresi de önemlidir. İkincisi, hastaları kişilik yapısı, yaşı ve hastalığın başlama zamanındaki emosyonel durumudur. Son olarak da, izolasyon, duygusuz bir çevre, aşırı emosyonel yük ve uyku sapmaları gibi çevresel faktörler rol oynamaktadır. Yoğun bakım

sendromu, aynı zamanda çok stresli bir ortamda tedavi gören bireylerde gelişen değişmiş duygudurumu olarak da tanımlanmıştır. Kesin olarak bilinmemekle birlikte YBS sıklığının %7 ile %72 arasında değiştiği bildirilmektedir. Yapılan bir çok çalışmada, hastalar, yoğun bakım ünitesinde kalışları sırasında mental rahatsızlık deneyimler bile, yoğun bakım ünitesinde çalışanların bu durumu fark etmedikleri ya da ayırt edemedikleri saptanmıştır. Yoğun bakım sendromunun erken tanınması ve önlenmesinde yoğun bakım ünitesinde çalışan tüm sağlık personeline önemli görevler düşmektedir.^[16-19]

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kritik bir hastalık nedeni ile yoğun bakım ünitesine yatış, hem bireyi hem de ailesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bir çok stresörün bulunduğu yoğun bakım ünitesinde, yoğun bakım hastasına, fiziksel yüklerin yanı sıra psikososyal yükler de eklenmektedir. Zamanının büyük çoğunluğunu yoğun bakım ünitesinde, hasta ile birebir geçiren bir yoğun bakım hemşiresi, hastanın durumunu, baş etme ve adaptasyon süreçlerini, yoğun bakım ünitesinin çevre ve fiziksel koşullarını değerlendirmede önemli bir rol oynar. Bununla beraber, hastaya ve ailesine verilecek olan fiziksel, sosyal ve psikolojik rehabilitasyonda tüm yoğun bakım ekibinin işbirliği içerisinde olması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Prevost SS. Individual and family response to the critical care experience. In: Sole ML, Lamborn ML, Hartshorn JC, editors. Introduction to critical care nursing. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2001. p. 9-24.
2. Grandell RN. Psychosocial alterations In: Urden D L, Stacy, MK, Lough ME, editors. Theland's critical care nursing diagnosis & management. 4th ed. St Louis: Mosby; 2002. p. 55-74.
3. Carpenito-Moyet LJ, editor. Handbook of nursing diagnosis. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. Çeviri editörü: Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.
4. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 7. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997.
5. Akdemir N. Dinlenme ve uyku düzensizliklerinde hemşirelik bakımı. In: Akdemir N, Birol L, editörler. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 1. Baskı. İstanbul: Sistem Ofset; 2004. s. 129-39.
6. Çağlayan Ş. Günlük yaşamda uykunun önemi ve uyku bozukluklarında hemşirenin uygulayabileceği önlemler. Türk Hemşireler Dergisi 1984;34:13-6.
7. Özgen F. Uyku ve uyku bozuklukları. Psikiyatri

- Dünyası 2001;5:41-9.
8. Çakırcalı E. Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar. 3. Baskı. İzmir: Güven-Nobel Tıp Kitabevleri; 2000.
 9. Frisk U, Nordström G. Patients' sleep in an intensive care unit-patients' and nurses' perception. *Intensive Crit Care Nurs* 2003;19:342-9.
 10. Lee KA, Landis C, Chasens ER, Dowling G, Merritt S, Parker KP, et al. Sleep and chronobiology: recommendations for nursing education. *Nurs Outlook* 2004;52:126-33.
 11. Zaybak A, Khorshid L, Eşer İ. Hastaneye yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2002;18:31-41.
 12. Artut Ş, Atalay M. Yaşlı hastaların hastanenin fiziksel çevre düzenlemesine yönelik yaşadığı sorunlar ve beklentilerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1994;10:31-43.
 13. Parker KP, Dunbar SB. Sleep and heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2002;17:30-41.
 14. Richards KC, Anderson WM, Chesson AL Jr, Nagel CL. Sleep-related breathing disorders in patients who are critically ill. *J Cardiovasc Nurs* 2002;17:42-55.
 15. Bourin M, Dhonnchadha BAN. Psychopharmacology of hypnotics. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2001; 11:124-31.
 16. Pınar R. Yoğun bakım sendromu. *Sendrom Dergisi* 2003;15:108-15.
 17. Akıncı SB, Rezaiki M, Özdemir H, Çelikcan A, Kanbak M, Yorgancı K, ve ark. Yoğun bakım ünitesinde konfüzyon değerlendirme ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışması. *Türk Anest Rean Der Dergisi* 2005;33:333-41.
 18. Topaç E, Oflaz F, Sekmen K. Deliryumun belirlenmesi. *Hemşirelik Formu Dergisi* 2003;6:1-5.
 19. Dedeli Ö, Akyol-Durmaz A. Yoğun bakım sendromu. *Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği II. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*. 26-28 Eylül 2005, İzmir, Turkey. İzmir: 2005. s. 116.

Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Ailelerinin Gereksinimleri

Needs of Family Members of Patients in Intensive Care Unit

Berna Nilgün ÖZGÜR SOY, Asiye Durmaz AKYOL

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12(1-2):33-38

Hasta yakınları, hastaların içinde bulunduğu psikolojik duruma yakın duygular içindedirler. Eğer onların duygularını anlamak için çaba gösterilmez ve önemsenmezlerse daha da sinirli ve endişeli olurlar. Yoğun bakım ünitelerindeki hastalara bakım verirken ailelerinin gereksinimlerini karşılamak da yine sağlık ekibinin mutlak görevleri arasındadır. Hemşirenin hizmet kapsamı içinde sağlıklı ve hasta birey bulunmaktadır. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde yapılan çalışmalarda, sağlıklı ya da hasta birey içinde yaşadığı çevre ile birlikte değerlendirilmektedir. Hemşireler, aile üyelerinin gereksinimlerini bütüncül yaklaşımla ele alırken hasta savunucusu olarak daha az önemli gereksinimleri de atlamamalıdır. Aile üyelerinin bilgilendirilmeye, güvenmeye, desteklenmeye, yakınlık görmeye yönelik gereksinimlerinin karşılanabilmesi için, sağlık ekibi bireye ve ailesine bütüncül yaklaşarak gerekli önlemleri almalıdır.

Anahtar Sözcükler: Yoğun bakım; yoğun bakım hastası; yoğun bakım hasta yakınları; gereksinimler; hemşirelik.

“Orası hayat ve ölümün keskin çizgilerle birbirinden ayrıldığı, bazısının hayata sıfırdan başladığı bazısının da kaderinin bitip nefesinin tükendiği yer. Mekanın kendine has bir soğukluğu, insanı iten bir tarafı var. Burası yaşamla ölüm arasında gidip gelenlerin en çok uğradıkları istasyon: Yoğun Bakım Ünitesi... Zamanın olduğu her yerde hayatın aktığı bir gerçek. Fakat sağlık ekibine göre yoğun bakımdaki zaman kavramı ‘bambaşka’”.[1]

Yoğun bakım (YB); bir ya da birden fazla organın geçici olarak yetersizliği nedeni ile

The family members of the patients share similar feelings with them. They become more nervous and anxious if their feelings aren't counted and they are ignored. While giving nursing care to the patients in intensive care unit, one of the duties of health care workers is to fulfill the needs of the patient's family as well. Nursing includes both healthy and unwell people. In various studies made especially in intensive care units, a healthy or unwell person is evaluated with his/her own environment. Nurses must approach the needs of the family members of the patients as a whole and they also must not pass over less important needs of the family as a patient defender. The health care workers must consider the patients and their families together, and take precautions for fulfilling the needs of the patient's family, such as being informed, trusting, being supported, and feeling close.

Key Words: Intensive care; critically ill patient; critically ill patient's family; needs; nursing.

vücudun aksamış olan fonksiyonlarının, temel neden ortadan kalkıncaya kadar desteklenmesi ve bu süreç içerisinde hastanın hayatta kalmasının sağlanmasına yönelik faaliyetleri kapsayan ve bu süreç içerisinde özellikle yapay solunum cihazı başta olmak üzere her türlü cihaz ve teknolojiyi kullanan bilgi ve yetenekleri buna uygun hekim ve hemşirelerin bulunduğu özel bir ünedir.[2]

Yoğun bakım hizmetlerinin yapıldığı yerler; hekim ve hemşire hizmetleri ile diğer teknik,

(Özgürsoy, Yüksek Hemşire) Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir. (Akyol, Doç. Dr.) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

İletişim adresi: Berna Nilgün Özgürsoy. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 35100 Bornova, İzmir.
Tel: 0232 - 375 62 45 Faks: 0232 - 388 63 74 e-posta: bernanilgun@mynet.com

sağlık ve laboratuvar hizmetleri bakımından sürekli olarak gözlem ve kontrol altında bulundurulması gereken hayati tehlike içindeki hastaların, bakımlarının sağlandığı yataklı bakım üniteleridir.^[1]

Kritik hastalıklarda hasta ve ailelerinin fiziksel ve psikolojik gereksinimleri artmakta ve bu gereksinimlerin karşılanamadığı durumlarda ailelerin krizle başa çıkması güçleşmektedir.^[3]

Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) genellikle tüm ilgi hasta üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ancak bu sırada ünitenin kapısı önünde bekleyen aile üyelerinden içerideki hasta için gerekli olan bazı malzemelerin aldırılması beklenmektedir. Oysa hasta yakınları hastaların içinde bulunduğu psikolojik duruma yakın duygular içindedirler. Hastaların; telaşla, ümitle, merakla bekleyen aileleri, yakınları bulunmaktadır. Hasta yakınlarının duygularını anlamak için çaba gösterilmez ve önemsenmezlerse sinirli ve endişeli olurlar. Ailede; bireyin ağır hastalığı ile birlikte, kişinin kaybedileceği tehdidi, çaresizlik, kimi zaman da suçluluk duyguları ortaya çıkabilir. Hasta gibi aile de hastalığı inkar, inanmama, yanlış tanı konulduğunu düşünme gibi bir takım süreçler yaşayabilir. Hastanede yatma, özellikle YBÜ'ye kabul, en düzenli aile sistemlerinde bile bir kriz oluşturma potansiyeline sahiptir. Fizyolojik durumda bozulma, yaşamı tehdit eden durumlar, aileden veya diğer yakın kişilerden ayrılma, günlük aktivite ve rollerde bozulma, sonucun belli olmaması krizi hazırlayıcı faktörlerdir.^[4-7]

Yoğun bakımda hastası olan aile bireylerinin içinde buldukları emosyonel durum oldukça güçtür. Çalışmalar ailenin psikolojik rolünün, hastanın fizyolojik durumunu pozitif yönde etkileyerek iyileşmesini ve uzun süreli uyumunu kolaylaştırdığını göstermektedir.^[7]

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aileleri, hastanın durumunun değişken olması ve bazı makinelere bağlı olması ile tedirginlik yaşarlar. Bu nedenle aile bireylerinin hasta ile doğrudan iletişim kurması sağlanamıyorsa; ilk 72 saatte hastanın durumu ile ilgili bilgi verilerek tedirginlikleri azaltılabilir. Ailenin bu gibi krizleri algılaması; mevcut destek sistemleri ile geçmişte ve şimdi kullandıkları baş etme mekanizmaları onların krizi aşma becerilerini etkileyecektir (Tablo I).^[6,7]

Kutlu,^[6] kriz ile başa çıkmada ailenin yeterliliği ve aile gereksinimleri arasında bir ilişki olduğunu ve karşılanmamış gereksinimlerin ailenin sorunla başa çıkmasını olumsuz etkilediğini belirtmektedir.^[7]

Engli ve Kirsivali-Farmer^[8] akut beyin hasarı olan ve olmayan hastaların ailelerinin kişisel gereksinimlerinin önem dereceleri arasında oldukça anlamlı düzeyde farklılıklar olduğunu (p<0.001) saptamışlardır. Aile üyeleri, en çok gereksinim duydukları konunun %78.5 oranında hekim ve hemşireyi görmek/ulaşmak olduğunu ifade etmişlerdir.

Molter'in^[9] çalışmasında, hasta yakınlarının evrensel gereksinimi olarak "umut gereksinimi" belirlenmiştir. Bunun yanı sıra diğer önemli gereksinimler; yeterli ve güvenilir bilgiye ulaşma ve hastane personelinin hasta ile ilgili duygu, düşüncelerini ifade etmeleri olarak sıralanmaktadır. Aile gereksinimlerinin değişik kaynaklar yolu ile karşılanmasına rağmen, hasta aileleri bu gereksinimlerin hekim ve hemşireler tarafından giderilmesini istediklerini ifade etmişlerdir.

Kosco ve Warren^[10] yaptıkları çalışmada, aile üyeleri tarafından ifade edilen en önemli 10 gereksinimin sırasıyla;

1. Prognozu bilmek.
2. Her gün doktorla konuşmak.
3. Hastaya yapılanların niçin yapıldığını bilmek.

TABLO I

Ailelerin en çok kullandıkları baş etme yöntemleri

- Bilgi isteme
- Endişelerini paylaşma
- Gülme
- Olanları unutmama
- Oyalayıcı aktivitelerle uğraşma
- Durum ile karşılaşma/yüzleşme
- Sorunu yeniden tanımlama
- Kendini teselli etme
- Alternatifleri/sonuçları gözden geçirme
- İtaat etme, uyum gösterme
- Bir kaçış yolu bulma
- Herhangi birini suçlama ve kınama
- Sorunu açıkça tartışma
- İnkâr etme

4. Hastaya uygulanan tıbbi tedaviyi bilmek.
5. Hastaya en iyi bakımın verildiğinden emin olmak.
6. Hastanın transferi ile ilgili konuşmak.
7. Hastanın durumundaki değişiklikler hakkında evdekilerin telefonla haberdar edilmesi.
8. Günde bir kez hasta hakkında bilgi almak.
9. Hastane personelinin hastayla ilgilendiğini hissetmek.
10. Hastanın durumuyla ilgili belirli gerçekleri bilmek olduğunu saptamışlardır.

Aile üyelerinin gereksinimleri ve gereksinimler arasındaki öncelikler hastalığın ciddiyetine ve bireylerin kültürel farklılıklarına göre değişiklik gösterebilmektedir (Tablo II).^[11,12]

Bijttelier gereksinimleri incelediği bir araştırmasında;^[7]

- Hekim ve hemşireye sorulan soruların dürüstçe yanıtlanması.
- Hastaya en iyi bakımın verildiğinden emin olma.
- Yapılan açıklamaların anlaşılır olması.
- Hastanın sağlık durumuyla ilgili beklene sonucu bilmek.
- Hastanın durumundaki değişikliklerin aile üyelerine bildirilmesi gereksinimlerinin en önemli gereksinimler olarak ifade edildiğini belirtmektedir.

Türkiye’de ise, Ünver yaptığı çalışmada “Günde bir kez olsun hastanın durumuna ilişkin bilgi verilmesi” gereksinimini birinci sırada;

TABLO II

Thelon’a göre yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin gereksinimleri

Sıra	Gereksinim
1	Endişeden kurtulma gereksinimi
2	Bilgi gereksinimi
3	Hastayla birlikte olma gereksinimi
4	Hastaya yardım etme gereksinimi
5	Destek olma ve duyguları ifade etme gereksinimi
6	Kişisel gereksinimler

Uzun ve ark. ise, “Mümkün olan en iyi bakımın verildiğinden emin olma” gereksinimini birinci sırada bulmuştur.^[7]

Aile üyelerinin gereksinimleri ve gereksinimler arasındaki öncelik sırası hastanın hastalığının ciddiyetine ve kültürel farklılıklara göre değişebileceği gibi, hastanın yatırıldığı üniteye göre de değişiklik gösterebilmektedir.^[12]

Toros’un^[7] yaptığı bir çalışmada; YB hastalarının aile üyelerinin en az önemli bulduğu 10 gereksinim sıralı olarak şu şekilde saptanmıştır:

1. Din adamı tarafından ziyaret edilme gereksinimi.
2. Hastanedeyken yalnız olabileceğiniz bir yerin olması gereksinimi.
3. Ağlamak için sizi cesaretlendirecek birinin olması gereksinimi.
4. Herhangi bir zamanda yalnız kalabilme gereksinimi.
5. Hastanenin dini hizmetleri hakkında bilgi alma gereksinimi
6. Hastanede gerektiğinde kendiniz için yiyecek temin edebilme gereksinimi.
7. Aile sorunlarınıza yardımcı olması için birisiyle konuşma gereksinimi.
8. Yoğun bakım ünitesini ziyaretiniz sırasında yanınızda başka birinin olması gereksinimi.
9. Hastanızı herhangi bir zamanda ziyaret etme gereksinimi.
10. Her gün aynı hemşireyle konuşma gereksinimi.

Hemşireler, aile üyelerinin gereksinimlerini bütüncül yaklaşımla ele alırken hasta savunucusu olarak daha az önemli gereksinimleri de atlamamalıdır.^[7]

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların ciddi ve değişken durumu nedeniyle aile üyeleri kriz yaşarken sağlık personelinin gösterdiği çabanın en büyük kısmı, ne pahasına olursa olsun hastanın yaşamasını sağlama ve korumaya yöneliktir. Bu şok ve belirsizlik döneminde, aile üyelerinin gereksinimleri sağlık bakım hizmeti verenler tarafından düşük öncelikli gereksinimler olarak görülebilmektedir. Hemşire sahip olduğu önemli bilgi ve deneyim-

leriyle hasta ailesine yardımcı olabilir. Bütüncül yaklaşımla bakım vermesi için yoğun bakım ünitesi ortamından kaynaklanan, hasta ve ailesini etkileyen sorunlar ve çözümleri konusunda hemşireler bilinçli olmalıdır.^[7,12,13]

Sağlık ekibinde hizmet sunan sağlık elemanları ve hasta/hasta ailesi arasındaki iletişimin gereksinimler dikkate alınarak sürekli geliştirilmesi gerekmektedir.^[7]

AİLE VE SOSYAL DESTEK

Aile, hastanın sosyal destek sisteminin temelidir. Ailelere yaşadıkları reaksiyonları yetersizlik demek olmadığı, bensele durumdaki diğer insanların da aynı şeyleri hissettikleri konusunda destek olunmalıdır.

Orem'e göre; hemşireliğin amacı; bireyin kendi bakım gereksinimleri ile yetenekleri arasında dengenin kurulmasına yardımcı olmaktır. En önemli sosyal destek kaynağı olan ailenin bakıma katılması bireye, kendi bakımını üstlenmesinde cesaret verir.^[7]

Freichels'in çalışmasında saptanan aile bireylerinin en önemli olarak ifade ettikleri gereksinimleri genel olarak şu şekilde özetlenmiştir:^[14]

Soruların dürüstçe yanıtlanması,

- Hastanın durumundaki gelişmelerle ilgili belirli gerçekleri bilme.

- Hastaya en iyi bakımın verildiğinden emin olma.

- Hastane personelinin hastayla ilgilendiğini hissetme.

- Hastanın sağlık durumuyla ilgili beklenen sonucu bilme.

- Hasta hakkında yapılan açıklamaların anlaşılabilir olması.

- Hastanın sağlığıyla ilgili ümit olduğunu hissetme.

- Günde bir kez hasta hakkında bilgi alma.

- Hastaya tam olarak ne yapıldığını bilme.

Yoğun bakım ünitesinde ziyaret saatleri katı bir şekilde uygulanmakta, herhangi bir saatte ziyarete izin verilmemektedir.

Hemşirelerin çalışma sistemlerinin nöbet şeklinde olması aile üyelerinin her gün ayrı

hemşireyle görüşmelerini mümkün kılmamakta; hastanın durumundaki değişiklikler hakkında evdekilerin haberdar edilmesi yerine, aile üyeleri telefonla arayarak bilgi almaları aile üyelerinin yakınlık gereksinimlerinin karşılanmasını güçleştirmektedir.

Freichles; çalışmasındaki "yakınlık" gereksiniminin, aile üyeleri tarafından önemli olarak algılandığını, ancak ziyaret saatlerinin katı bir şekilde uygulanması nedeni ile bu gereksinimin yeterince karşılanmasını engellediğini ifade etmektedir.^[14]

Aile üyelerinin gereksinimlerini karşılamaya yönelik olarak düzenlenen esnek ziyaret saatleri aile üyesinin ve sağlık personelinin arasında güvenli ilişki kurulmasını kolaylaştırabilir, aile üyelerinin hastanın durumunu ve krize yol açan durumu değerlendirmelerine yardımcı olabilir.^[7]

AİLENİN GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyelerinin krizle başa çıkmasında en önemli etken gereksinimlerin karşılanmasıdır. Hemşireler aile üyelerinin gereksinimlerini tanımak ve gereksinimleri karşılamaktan sorumludur. Aile üyelerine yardım etmek ve onların günlük yaşamlarını normal düzeyde sürdürdükleri için hissedebildikleri suçluluk duygularını önlemek hemşirenin görevidir.^[6,7,10]

Yoğun bakım hemşireleri, aile üyelerinin kritik hastalık nedeni ile yaşadıkları krizle baş etmelerine yardımcı olmalıdırlar. Hemşirelerin aile üyelerinin gereksinimlerini tanımlama ve gereksinimleri karşılamak için girişimde bulunma becerisi YB'da yatan hastaların prognozu üzerinde pozitif etki yaratabilir.^[15]

Türk Hemşireler Derneği'nin 1981 yılında yaptığı tanıma göre; "hemşirelik; bireyin ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini" olduğuna göre, hasta kadar ailesi'ne de hemşirelik hizmetleri kapsamlı bir şekilde verilmelidir.^[14]

Hemşire hasta ve ailesine bütüncül yaklaşımla; hasta ve aile üyelerinin de hasta bakımına katılımlarının sağlanması ve gereksinimlerin karşılanması, hemşirelik etik kodları ve hasta hakları doğrultusunda bakım vermelidir.^[7,15,16]

Lee ve ark.^[16] yaptığı çalışmada, tüm gereksinimlerin %80'inden fazlasının doktor ve hemşire veya her ikisi tarafından karşılandığını ortaya koymuştur.

Hemşirenin hizmet kapsamı içinde sağlıklı ve hasta birey bulunmaktadır. Özellikle YB ve yeni doğan ünitelerinde yapılan çeşitli çalışmalarda; sağlıklı ya da hasta birey içinde yaşadığı çevre ile birlikte, diğer bir deyişle ailesi ile birlikte değerlendirilmektedir.^[7]

Aile üyeleri ile açık iletişim kurmak önemlidir. Kriz yaşayan hasta aileleri yas sürecinin inkar evresinde söylenenlerden sadece duymak istediklerini seçebilirler. Bu nedenle aile üyeleri ile konuşurken stres altında ve yakınına kaybetme olasılığı ile yüz yüze olan, tıp mesleği dışındaki birinin anlayabileceği cümleler seçilmelidir.^[7]

Yoğun bakım ünitesinin teknolojik ortamı aileler için oldukça stres verici bir ortamdır. Monitörler infüzyon pompaları, ventilatörler, ailelerin stresini artıran çevresel faktörlerdir ve aile bireylerinde korku yaratır. Bu nedenle YBÜ'ye girmeden önce karşılaşılabilecekleri araçlar ve görüntüler konusunda ailelere açıklama yapılarak, onların uyumunu kolaylaştırarak rahatlamalarını sağlayacaktır.^[13]

Aile üyesi çalışanları şefkatli ve dürüst olduğunu hissederse hastasına verilen bakımın kalitesine güvenir. Ancak hemşireye ya da hastaneye karşı güven duymazsa sözel ya da sözel olmayan şekilde güvensizliğini hissettirir.^[7]

Aile üyesinin yakınlık gereksinimlerini daha iyi karşılayabilmek için:

Hastanelerin ziyaret saatlerinin hastanın durumu, YBÜ'nin özelliği dikkate alınarak daha esnek bir şekilde düzenlenmesi önerilmektedir.

Ayrıca hastanın durumundaki değişiklikleri sağlık personelinin telefonla aile üyesine bildirmesi; hemşire, doktor ve diğer çalışanların kendilerini aile üyelerine tanıtmaları; aile üyelerine duygu ve düşüncülerini ifade etmeleri için fırsat tanınması; aile üyelerinin konfor gereksinimlerini karşılamaya yönelik hastanelerin

bekleme odası, lavabo, tuvalet, telefon, beslenme gibi gereksinimlerinin karşılanmasının sağlanması da hasta ailelerinin gereksinimlerinin giderilmesine yönelik alınabilecek önlemler arasındadır.^[7]

Aile üyelerinin gereksinimlerinin karşılanabilmesi için tüm sağlık ekibi, bu konuda ortak kararlar belirlemek amacıyla yapabilecekleri girişimleri belirli aralıklarla bir araya gelip tartışmalıdırlar.^[7]

Hasta ve ailesi hastalık tanısına, tedavi ve seyrine, bakım alternatiflerine ve içerdiği risklere ait bilgi sahibi olma hakkına sahiptir (Tablo III).

Aile üyelerinin bilgilendirilmeye yönelik gereksinimlerinin karşılanabilmesi için:

- Bilgilendirmeye yeterince zaman ayrılması.
- Yoğun bakım ünitesini ve hastaneyi tanıtan kısa, açıklayıcı, tanıtıcı, anlaşılır broşürlerin hazırlanması.
- Hastanelerin YBÜ'de hastası olan aile üyelerine hastanın durumuyla ilgili düzenli aralıklarla bilgi verilmesi.
- Bütüncül sağlık yaklaşımıyla bakım vererek aile üyelerinin de hasta bakımına katılımının sağlanması.
- Hemşirelerin birer hasta hakları savunucusu olarak hasta haklarını koruması ve haklarının farkına varmalarının sağlanması.

TABLO III

T.C. Hasta hakları yönetmeliği'nde hasta ve ailesinin bilgilendirilmesine yönelik maddeler

- Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve suretini alabilir.
- Bilgi, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.
- Aile üyelerinin bilgi alabilecekleri personeli tanımaları iletişim kurmalarını kolaylaştırır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde hastaya sağlık hizmeti veren personelin kimliklerini, görev ve unvanlarını bilme hakkı olduğu belirtilmektedir.

f) Hastası YBÜ'ye alınan hasta ailesine YBÜ ile ilgili açıklamaların yapılması gerekmektedir.

Aile üyelerinin güvenmeye yönelik gereksinimlerini yeterince karşılayabilmek için:

a) Aile üyeleriyle iletişim kurarken kolay anlayabilecek, tıbbi sözcükler içermeyen yalın bir dil seçilmesi.

b) Aile üyelerinin güven duymasını sağlamak için aile üyelerinin söylediklerinin dikkatle dinlenmesi.

c) Aile üyelerine verilen bilgilerin çelişki yaratmaması.

d) Hastanın sağlık durumuyla ilgili doğruların uygun bir dille ifade edilmesi.

Aile üyelerinin desteklenmeye yönelik gereksinimlerin karşılanabilmesi için:

a) Hemşire ve diğer sağlık personelinin aile üyesine onu anladığını, yanında olduğunu sözel ya da sözel olmayan iletişimle belirtmesi.

b) Krizle başa çıkmayan aile üyelerinin diğer aile üyeleri tarafından desteklenmesinin sağlanması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karabacaoğlu T. Makineye bağlı hayatlar. Available from: <http://www.aksiyon.com.tr> [Erişim tarihi 22.02.2007]
2. Yoğun bakım ünitesi nedir? Available from: <http://www.istanbulanestezi.org/toplum/ybu.asp>
3. Akkaş A. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelere yardım. Türk Hemşireler Dergisi 1993;43:26-7.
4. Erdil F, Elbaş NÖ, Bayraktar N, Sevilay SŞ, Ünlü H. Hasta yakınlarının ameliyat öncesi döneme ilişkin bilgi gereksinimleri ameliyat beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna ilişkin görüşleri. Hemşirelik Forumu Dergisi 2000;3:1-5.
5. Köşgeroğlu N. Çocuk cerrahi ve aile. Hemşirelik Forum Dergisi; 2000;3:1, 35.
6. Kutlu Y. Yoğun bakım ünitesindeki hastaların aile bireylerinin sorunları. Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Dergisi 2000;4:86-8.
7. Toros F. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyelerinin gereksinimlerinin karşılanması. [Yüksek Lisans Tezi] İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.
8. Engli M, Kirsivali-Farmer K. Needs of family members of critically ill patients with and without acute brain injury. J Neurosci Nurs 1993;25:78-85.
9. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart Lung 1979;8:332-9.
10. Kosco M, Warren NA. Critical care nurses' perceptions of family needs as met. Crit Care Nurs Q 2000; 23:60-72.
11. Thelan LA. Coping alterations. Chapter 1. Textbook of critical care emerging. St. Louis: Mosby; 1990. p. 841-9.
12. Mendonca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members. Crit Care Nurs Q 1998;21:58-67.
13. Sekmen K, Hatipoğlu S. Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 1999;3:22-6.
14. Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak K, Atabek T. Ünite 1: Hemşirelik tanımları, temel kavram ve kuramlar. Available from: <http://www.aof.edu.tr/kitap/EHSM/1207/unite01.pdf>
15. Hasta hakları yönetmeliği. 1. Bölüm. Yürütme ve idare bölümü. Resmi Gazete; 1998. s. 67.
16. Lee IY, Chien WT, MacKenzie AE. Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. J Clin Nurs 2000;9:46-54.

DERGİMİZİN KONU DİZİNİNİN İZLENMESİNDE KULLANILMAK ÜZERE 2008 YILINDA YAYINLANAN YAZILARIN LİSTESİ

Sayfa	Yazı adı	Yazarlar	Türü
1-2. Sayı			
1-11	Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi	Dizer S <i>ve ark.</i>	Araştırma
12-16	Yoğun bakım hemşirelerinin hekim-hemşire iletişimi ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi	Kıvanç MM <i>ve ark.</i>	Araştırma
17-22	Yoğun bakım ünitelerinde santral venöz kateterlerin özellikleri ve gelişen komplikasyonların incelenmesi	Çam R <i>ve ark.</i>	Araştırma
23-25	Yoğun bakım hemşireliği ve zaman yönetimi	Özcanlı D <i>ve ark.</i>	Derleme
26-32	Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	Derleme
33-38	Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri	Özgürsoy BN <i>ve ark.</i>	Derleme

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ 2008 YILI 12. CİLT KONU DİZİNİ

Gereksinimler *bkz.* 2008;12(1-2):33-38

Hekim *bkz.* 2008;12(1-2):12-16

Hemşire *bkz.* 2008;12(1-2):12-16

Hemşirelik *bkz.* 2008;12(1-2):33-38

Hemşirelik yönetimi *bkz.* 2008;12(1-2):26-32

İletişim *bkz.* 2008;12(1-2):12-16

Komplikasyon *bkz.* 2008;12(1-2):17-22

Maslach tükenmişlik ölçeği *bkz.* 2008;12(1-2):1-11

Psikososyal sorunlar *bkz.* 2008;12(1-2):26-32

Santral venöz kateter *bkz.* 2008;12(1-2):17-22

Tükenmişlik *bkz.* 2008;12(1-2):1-11

Uyku *bkz.* 2008;12(1-2):26-32

Yoğun bakım

bkz. 2008;12(1-2):33-38

bkz. 2008;12(1-2):1-11

bkz. 2008;12(1-2):12-16

Yoğun bakım hasta yakınları *bkz.* 2008;12(1-2):33-38

Yoğun bakım hastası

bkz. 2008;12(1-2):26-32

bkz. 2008;12(1-2):33-38

Yoğun bakım hemşireliği *bkz.* 2008;12(1-2):23-25

Yoğun bakım üniteleri *bkz.* 2008;12(1-2):17-22

Zaman yönetimi *bkz.* 2008;12(1-2):23-25

2008 YILI 12. CİLT YAZAR DİZİNİ

Akyol AD (*bkz.* Dedeli Ö *ve ark.*) 2008;12(1-2):26-32

Akyol AD (*bkz.* Özgürsoy BN *ve ark.*) 2008;12(1-2):33-38

Alkan N (*bkz.* Kıvanç MM *ve ark.*) 2008;12(1-2):12-16

Çam R, Dönmez YC, Demir F. Yoğun bakım ünitelerinde santral venöz kateterlerin özellikleri ve gelişen komplikasyonların incelenmesi 2008;12(1-2):17-22 (Çalışma)

Dedeli Ö, Akyol AS. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar 2008;12(1-2):26-32 (Derleme)

Demir F (*bkz.* Çam R *ve ark.*) 2008;12(1-2):17-22

Dizer B, İyigün E, Kılıç S. Yoğun bakım hemşirelerinin

tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. 2008;12(1-2):1-11 (Çalışma)

Dönmez YC (*bkz.* Çam R *ve ark.*) 2008;12(1-2):17-22

İlgün S (*bkz.* Özcanlı *ve ark.*) 2008;12(1-2):23-25

İyigün E (*bkz.* Dizer B *ve ark.*) 2008;12(1-2):1-11

Kılıç S (*bkz.* Dizer B *ve ark.*) 2008;12(1-2):1-11

Kıvanç MM, Tepehan S, Özkara E, Mayda AS, Alkan N. Yoğun bakım hemşirelerinin hekim-hemşire iletişimi ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi 2008;12(1-2):12-16 (Çalışma)

Mayda AS (bkz. Kıvanç MM ve ark.) 2008;12(1-2):12-16

hastaların ailelerinin gereksinimleri 2008;12(1-2):33-38
(Derleme)

Özcanlı D, İlgün S. Yoğun bakım hemşireliği ve zaman yönetimi 2008;12(1-2):23-25 (Derleme)

Özkara E (bkz. Kıvanç MM ve ark.) 2008;12(1-2):12-16

Özgürsoy BN, Akyol AS. Yoğun bakım ünitesinde yatan

Tepehan S (bkz. Kıvanç MM ve ark.) 2008;12(1-2):12-16

12. CİLTTE YER ALAN YAZILARDA YAPILAN ATIFLAR (YERLİ ÇALIŞMALAR DİZİNİ)

Atıfta bulunulan yazar / çalışma adı / yılı	Atıfta bulunan yazar	Atıf yeri
Ağalar C (bkz. Gürbüz P ve ark.)	Çam R ve ark.	2008;12(1-2):17-22
Akan H (bkz. Ulusoy S ve ark.)	Çam R ve ark.	2008;12(1-2):17-22
Akatay A. Örgütlerde zaman yönetimi.	Özcanlı ve ark.	2008;12(1-2):23-25
Akdemir N. Dinlenme ve uyku düzensizliklerinde hemşirelik bakımı. 2004	Dedeli Ö ve ark.	2008;12(1-2):26-32
Akkaş A. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelere yardım. 1993	Özgürsoy BN ve ark.	2008;12(1-2):33-38
Akyol-Durmaz A (bkz. Dedeli Ö ve ark.)	Dedeli Ö ve ark.	2008;12(1-2):26-32
Akıncı SB ve ark. Yoğun bakım ünitesinde konfüzyon değerlendirme ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışması. 2005	Dedeli Ö ve ark.	2008;12(1-2):26-32
Al D (bkz. Tutuk A ve ark.)	Kıvanç MM ve ark.	2008;12(1-2):12-16
Aral M (bkz. Ekerbiçer H ve ark.)	Dizer B ve ark.	2008;12(1-2):1-11
Arat M (bkz. Ulusoy S ve ark.)	Çam R ve ark.	2008;12(1-2):17-22
Artut Ş ve ark. Yaşlı hastaların hastanenin fiziksel çevre düzenlemesine yönelik yaşadığı sorunlar ve beklentilerinin belirlenmesi. 1994	Dedeli Ö ve ark.	2008;12(1-2):26-32
Atabek T (bkz. Sabuncu N ve ark.)	Özgürsoy BN ve ark.	2008;12(1-2):33-38
Atalay M (bkz. Artut Ş ve ark.)	Dedeli Ö ve ark.	2008;12(1-2):26-32
Babadağ K (bkz. Sabuncu N ve ark.)	Özgürsoy BN ve ark.	2008;12(1-2):33-38
Baskan S (bkz. Ulusoy S ve ark.)	Çam R ve ark.	2008;12(1-2):17-22
Bavbek S (bkz. Ulusoy S ve ark.)	Çam R ve ark.	2008;12(1-2):17-22
Bayraktar N (bkz. Erdil F ve ark.)	Özgürsoy BN ve ark.	2008;12(1-2):33-38
Buğdaycı R (bkz. Ekerbiçer H ve ark.)	Dizer B ve ark.	2008;12(1-2):1-11
Çağlayan Ş. Günlük yaşamda uykunun önemi ve uyku bozukluklarında hemşirenin uygulayabileceği önlemler. 1984	Dedeli Ö ve ark.	2008;12(1-2):26-32
Çakar N (bkz. Ulusoy S ve ark.)	Çam R ve ark.	2008;12(1-2):17-22
Çakırcalı E. Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar. 2000	Dedeli Ö ve ark.	2008;12(1-2):26-32
Çam O. Hemşirelerde tükenmişlik (Burnout) sendromunun araştırılması. 1991	Dizer B ve ark.	2008;12(1-2):1-11
Çelik M (bkz. Ekerbiçer H ve ark.)	Dizer B ve ark.	2008;12(1-2):1-11
Çelikkcan A (bkz. Akıncı SB ve ark.)	Dedeli Ö ve ark.	2008;12(1-2):26-32
Çıtak G. Hemşirelik Yüksek Okulu öğretim elemanlarının empatik beceri ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. 1998	Dizer B ve ark.	2008;12(1-2):1-11
Dedeli Ö ve ark. Yoğun bakım sendromu. 2005	Dedeli Ö ve ark.	2008;12(1-2):26-32
Demir A. Hemşirelerin tükenmişlik (Burnout) düzeyleri ve tükenmişliği etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. 1995	Dizer B ve ark.	2008;12(1-2):1-11
Dikiş D. Vasküler kateter infeksiyonların önlenmesinde hemşirenin rolü. 2001	Çam R ve ark.	2008;12(1-2):17-22
Dikmen Y. Yoğun bakımda hastadan desteği çekme ve etik ötanazi. 2001	Kıvanç MM ve ark.	2008;12(1-2):12-16
Doğan S (bkz. Tutuk A ve ark.)	Kıvanç MM ve ark.	2008;12(1-2):12-16
Dolan N. The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. 1987	Dizer B ve ark.	2008;12(1-2):1-11
Dökmen Ü. İletişim çatışmaları ve empati. 1997	Dizer B ve ark.	2008;12(1-2):1-11
Ekerbiçer H ve ark. Kahramanmaraş'ta çalışan hekimlerde mesleksi tükenmişlik düzeyi ve bazı kişisel özelliklerle ilişkisi.	Dizer B ve ark.	2008;12(1-2):1-11
Elbaş NÖ (bkz. Erdil F ve ark.)	Özgürsoy BN ve ark.	2008;12(1-2):33-38
Erdem R, Kaya S. Zaman yönetimi. 1998	Özcanlı ve ark.	2008;12(1-2):23-25
Erdil F ve ark. Hasta yakınlarının ameliyat öncesi döneme ilişkin bilgi gereksinimleri ameliyat beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna ilişkin görüşleri. 2000	Özgürsoy BN ve ark.	2008;12(1-2):33-38

Atıfta bulunulan yazar / çalışma adı / yılı	Atıfta bulunan yazar	Atıf yeri
Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeği'nin uyarlanması. 1993	Dizer B <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):1-11
Erkeköl FÖ <i>ve ark.</i> Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. 2002	Kıvanç MM <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):12-16
Eşer İ (<i>bkz.</i> Zaybak A <i>ve ark.</i>)	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Gökpınar H. Zaman yönetimi.	Özcanlı <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):23-25
Görek G, Yıldız S. Hemşirelikteki deneyimin anksiyete düzeyine etkisi. 1992	Dizer B <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):1-11
Gül H. Çok Lümenli kateterler ve hemşirelik yaklaşımları. 2002	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22
Gümüşeli Aİ. Etkili zaman yönetimi teknikleri	Özcanlı <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):23-25
Gürbüz P <i>ve ark.</i> SSK Ankara Eğitim Hastanesi'ndeki intravasküler kateter infeksiyonu etkenleri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. 1999	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22
Gürkan ÖU (<i>bkz.</i> Erkeköl FÖ <i>ve ark.</i>)	Kıvanç MM <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):12-16
Hatipoğlu S (<i>bkz.</i> Sekmen K <i>ve ark.</i>)	Özgürsoy BN <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):33-38
Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. 2002	Özcanlı <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):23-25
Hayran O. Zaman yönetimi. 2005	Özcanlı <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):23-25
Kanbak M (<i>bkz.</i> Akıncı SB <i>ve ark.</i>)	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Karabacaoğlu T. Makineye bağlı hayatlar.	Özgürsoy BN <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):33-38
Kaya A (<i>bkz.</i> Erkeköl FÖ <i>ve ark.</i>)	Kıvanç MM <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):12-16
Khorshid L (<i>bkz.</i> Zaybak A <i>ve ark.</i>)	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Köşgeroğlu N. Çocuk cerrahi ve aile. 2000	Özgürsoy BN <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):33-38
Kutlu L. Yoğun bakım ünitelerinde sağlık ekibi üyeleri, hasta ve yakınlarıyla iletişim. 2002	Kıvanç MM <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):12-16
Kutlu Y. Yoğun bakım ünitesindeki hastaların aile bireylerinin sorunları. 2000	Özgürsoy BN <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):33-38
Leblebici Ö. Zaman yönetimi.	Özcanlı <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):23-25
Leblebicioğlu H. Santral ve periferik venöz kateter ile ilişkili infeksiyonların önlenmesi. 2004	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22
Menteş İA. İş disiplini ve zaman yönetimi.	Özcanlı <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):23-25
Numanoğlu N (<i>bkz.</i> Erkeköl FÖ <i>ve ark.</i>)	Kıvanç MM <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):12-16
Oflaz F (<i>bkz.</i> Topaç E <i>ve ark.</i>)	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Ovayolu N. Coşkun Güner İ. Karadağ G. Santral venöz kateter uygulanan hastalarda uygulama öncesi ve sonrası alınan önlemlerin belirlenmesi. 2003	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22
Özdemir H (<i>bkz.</i> Akıncı SB <i>ve ark.</i>)	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Özgen F. Uyku ve uyku bozuklukları. 2001	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Özgülven V. Kateter infeksiyonları ve sepsis. 2002	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22
Özkara E, Yavuz İC. Acil serviste ve genel hekimlik uygulamasında hasta otonomisi kavramının yansımaları. 2003	Kıvanç MM <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):12-16
Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 1997	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Öztürk R, Leblebicioğlu H. Nozokomiyal damar içi kateter infeksiyonları ve kontrolü. 2002	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22
Pişmişoğlu E, Yaşar İ. Hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin psikolog ihtiyaç örüntüleri ve empati düzeyleri. 1993	Dizer B <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):1-11
Pınar R. Yoğun bakım sendromu. 2003	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Rezaki M (<i>bkz.</i> Akıncı SB <i>ve ark.</i>)	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Sabancı N <i>ve ark.</i> Ünite 1: Hemşirelik tanımları, temel kavram ve kuramlar.	Özgürsoy BN <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):33-38
Sarandöl A. Acil ve servis ve yoğun bakım hemşirelerinde depresyon ve tükenme düzeyleri. 2004	Dizer B <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):1-11
Sekmen K (<i>bkz.</i> Topaç E <i>ve ark.</i>)	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Sekmen K <i>ve ark.</i> Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. 1999	Özgürsoy BN <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):33-38
Sevilay SŞ (<i>bkz.</i> Erdil F <i>ve ark.</i>)	Özgürsoy BN <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):33-38
Şahin N. Hemodiyaliz hastalarında subklavyan ve femoral kateter uygulamasında hemşirenin rolü. 1998	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22

Atıfta bulunan yazar / çalışma adı / yılı	Atıfta bulunan yazar	Atıf yeri
Şahinoğlu H. Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. 1992	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22
Taşdemir G. Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin empatik eğilim ve iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. 1999	Dizer B <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):1-11
Taşocak K (<i>bkz. Sabuncu N ve ark.</i>)	Özgürsoy BN <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):33-38
Tepehan S. Yoğun bakım ve servislerde çalışan sağlık personelinin ötanaziye yaklaşımı. 2006	Kıvanç MM <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):12-16
Topaç E <i>ve ark.</i> Deliryumun belirlenmesi. 2003	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Toros F. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyelerinin gereksinimlerinin karşılanması. 2003	Özgürsoy BN <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):33-38
Tutuk A <i>ve ark.</i> Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. 2002	Kıvanç MM <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):12-16
Türkyılmaz R (<i>bkz. Gürbüz P ve ark.</i>)	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22
Uğur A. Çalışma hayatında zaman yönetimi. 2000	Özcanlı <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):23-25
Ulusoy İT. Zaman yönetimi ve yönetici açısından zaman yönetiminin araştırması. 1996	Özcanlı <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):23-25
Ulusoy S <i>ve ark.</i> Damar içi kateter enfeksiyonlarının önlenmesi kılavuzu. 2005	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22
Usubütün S (<i>bkz. Gürbüz P ve ark.</i>)	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22
Uyer G. Zaman yönetimi.	Özcanlı <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):23-25
Ünlü H (<i>bkz. Erdil F ve ark.</i>)	Özgürsoy BN <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):33-38
Yorgancı K (<i>bkz. Akıncı SB ve ark.</i>)	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32
Yıldırım İ. Rehber öğretmenlerin empatik eğilim ve empatik beceri düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. 1991	Dizer B <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):1-11
Yılmaz GR. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarının azaltılmasında eğitim programının etkisi. 2002	Çam R <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):17-22
Zaybak A <i>ve ark.</i> Hastaneye yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenlerin incelenmesi. 2002	Dedeli Ö <i>ve ark.</i>	2008;12(1-2):26-32

BİLİMSEL TOPLANTI FOTOĞRAFLARI



IX. Ulusal Türk Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu'nda dernek yönetim kurulu üyeleri birarada.



IX. Ulusal Türk Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyum katılımcılarına yönelik düzenlediğimiz gece



I. Ulusal Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı Kongresine derneğimizi temsilen başkanımız Sayın Meral Madenoğlu Kıvanç katılmıştır.



EfCCNa'nın Floransa'da düzenlemiş olduğu 3. EfCCNa Kongre'sinde kurucu başkan, dernek başkanı ve 2. başkan birarada.



3. EfCCNa Kongresi'nde dernek başkanımız derneğimizin yapmış olduğu araştırmayı sözlü bildiri olarak sunarken

Dernek yönetim kurulu üyeleri 3. EfCCNa Kongresi gala gecesinde dernek yönetim kurulu üyeleri.



5. Ulusal Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi düzenleme kurulu üyeleriyle kongre bünyesindeki yoğun bakım hemşireliği kursunda görev alan dernek yönetim kurulu üyelerimiz birlikte görülmektedir.